Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 stycznia 1885. № 1. Rok XXIV.

†

GUSTAW PIOTROWSKI

Dr. med., Prof. fizyjologii, Dziekan i b. Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, Członek czynny Akademii Umiejętności i Tow. lek. krak. itd. itd.

W wiliją noworoczną zgasł po długich cierpieniach w sile wieku Dr. Gustaw Piotrowski, tegoroczny Dziekan Wydz. lek. Od kilku miesięcy ciężkie schorzenie kazało obawiać się zajścia niepomyślnego, a mimo to na wiadomość, że obawa ziściła się, ogarnął wszystkich lekarzy smutek niewysłowiony, bo też wszyscy prawie jesteśmy albo kolegami albo uczniami profesora, przedwcześnie zmarłego dla nauki i rodziny. Dziwne zaiste i nieodgadnione są przeznaczenia ludzkie! Rzadko komu w świat wstępującemu los uśmiechal się tak, jak śp. Piotrowskiemu. Syn jedyny majętnych i poważanych rodziców, starannie wychowany, zaledwie ukończywszy nauki w Wiedniu pracuje razem z Czermakiem w Krakowie, następnie pod okiem Helmholza i Bunsena w Heidelbergu, a zebrawszy obfity zasób wiedzy nietylko w fizyjologii, ale i w matematyce wyższéj, fizyce i chemii, w 27 roku życia powołany zostaje na katedrę fizyjologii w Krakowie. Profesor młodziutki, tak wszechstronnie przygotowany, niezależne mający stanowisko, rokuje najświetniejsze nadzieje i w rzeczy saméj nietylko kilka pokoleń lekarskich zawdzięcza mu wykształcenie swoje fizyjologiczne, ale liczne prace jego i uczniów, ogłoszone tak w języku polskim jakotéż niemieckim, dają niezbity dowód pilności, gorliwości, a co ważniejsza, zdolności kierowania tak ważnym zakładem, jakim jest fizyjologiczny. Zaufaniem współobywateli zaszczycony zasiadał przez lat kilka w Radzie Państwa jako poseł; odtąd atoli zawistny los, jakoby zazdroszcząc mu powodzenia dotychczasowego, nie przestał go smagać bez litości: śmierć wiele obiecującego, najstarszego syna, choroby i utrata majątku, — zdolne złamać niejednego, tłumaczą dostatecznie zwolnienie energii, które w ostatnich latach spostrzegać się dało u nieboszczyka. Litując się nad losem jego nie przestajemy ubolewać nad dolą własną: przez śmierć przedwczesną Piotrowskiego uniwersytet nasz doznał straty dotkliwéj, tém dotkliwszéj, o ile w naszych biednych stosunkach nie tak prędko powetować się dającéj — a my wszyscy, bliżsi i dalsi jego koledzy, straciliśmy przyjaciela i zawsze chętnego doradzcę, który nigdy i nikomu pomocy swéj nie odmawiał, dla starszych i młodszych jednako był przystępnym i uprzejmym, w Senacie akad. i w Wydziale lek. zawsze przestrzegał interesów wszechnicy, a jako dziekan spokojem i bezstronnością umiał godzić ścierające się ze sobą zdania. Mimo rozległéj wiedzy, któréj mu wielu pozazdrościć mogło, odznaczał się wielką skromnością i prostotą; przyjaciel młodzieży starał się zawsze i wszędzie o jéj dobro, zacny patryjota powodzenie literatury ojczystéj zawsze miał na oku. Pod przytłumiającém wrażeniem świeżego zgonu nie pora rozwodzić się nad licznemi jego zasługami naukowemi; wywiąże się z tego zadania wdzięcznego pióro zawodowe; — naterаz uiszczamy się z długu, ciążącego na nas, reprezentantach jednego z pism lekarskich polskich, aby na mogile pracownika zasłużonego koło piśmiennictwa naszego, złożyć hołd uznania i wdzięczności. Strudzonemu i ciężko doświadczonemu wędrownikowi niechaj ziemia będzie lekką, pamięć zdolnego badacza i nauczyciela śród nas nigdy nie zaginie!

I. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

Podczas gdy uwiąd rdzenia pacierzowego przedstawia pod względem klinicznym jeden z najlepiéj znanych obrazów chorobowych, pod względem anatomicznym stanowi jeszcze przedmiot w wielu punktach sporny. Nie w têm wprawdzie znaczeniu, aby dzisiaj którykolwiek z patologów wątpił o têm, że uwiąd rdzenia pacierzowego polega na anatomicznéj zmianie powrózków tylnych, lecz z tego względu, że zapatrywania o przyrodzie i istocie tych zmian nie są dotychczas jeszcze zupełnie jasne i ponieważ nie powiodło się jeszcze obfitego zapasu faktów ująć pod jedno wspólne pojęcie, któreby w zadowalający sposób mogło uczynić zadosyć wszystkim wymogom wiedzy.

Nie można przytêm jednak pominąć téj uwagi, że poznaniu istotnéj przyrody uwiądu rdzenia pacierzowego stały na przeszkodzie niektóre nadużycia krytyki; i tak z jednéj strony metoda odmawiania prawdy wszystkim cudzym, chociażby bardzo gruntownie wykazanym faktom, skoro one tylko nie licowały z poglądem na własnych doświadczeniach opartym, z drugiéj zaś strony żyjąca z tradycyj i w nich zatopiona mądrość szkolna pewnych podręczników naukowych, a nielubiąca stąpać po niewygodnéj drodze nowoutorowanych poglądów. Nie mniéj szkodliwie działała w tym kierunku okoliczność, że znane fakty starano się przykroić według schematu właśnie w modzie będącego i w téj postaci jeszcze nieudowodnionéj hypotezy wymusić dla nich obywatelstwo pośród nauk, uważanych za prawdziwe.

Abyśmy sami nie zabłąkali się na jednę z tych błędnych dróg, zechciejmy śledzić z zupełną swobodą fakty, które nam poniżéj do usług stoją, ocenić bezstronnie ich znaczenie i zbadać, czy tłumaczenie owych faktów jest słuszne.

---

1) W 10ym tomie Archiwu dla psychijatryi i chorób nerwowych (*Archiv. f. Psychiatr. u. Nervenkrankhtn.* Heft 3) opisałem zmiany anatomiczne w tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego chorego na uwiąd, któreto zmiany zbaczały w uderzający sposób od zwykłego schematu podanego dla zwyrodnień uwiądowych.

Zamiast rozlanego zwyrodnienia włókien nerwowych w powrózkach Golla i Burdacha przedstawiał mój przypadek ostro odgraniczone pasma nowowytworzonéj tkanki łącznéj obfitującéj w jądra. Z przebiegu i ułożenia owych pasm musiałem wysnuć wniosek, że zostawały one w związku z tętniczemi gałązkami naczyń przebiegających w tylnych powrózkach i że były zatêm przyrody śródmiąższowéj.

To zapatrywanie, będące w sprzeczności z panującą wiarą o czystomiąższowéj przyrodzie uwiądu rdzenia pacierzowego należało poprzeć ile możności gruntownym dowodem, aby wykazać jego słuszność.

Każdy wolny od wszelkiéj stronniczości przyzna, że pewniejszego dowodu na wykazanie prawdziwości powyższego zapatrywania nie można było dostarczyć jak przez udowodnienie, że opisane pasma zwyrodniałe odpowiadają rzeczywiście tętniczym naczyńkom rozgałęziającym się w tylnych powrózkach.

Dowód ten powiódł mi się w nadspodziewanie pewny sposób. Mogłem bowiem wykazać, że każdemu z opisanych pasem zwyrodniałych odpowiada ściśle określone naczyńko tętnicze i że całéj sieci zwyrodnień odpowiada sieć tętniczek, która w każdym rdzeniu i w każdéj jego wysokości zbudowaną jest zawsze według jednego i tego samego, stałego wzoru. W ten sposób można było na podstawie zwyrodnień uwiądowych przepowiedzieć do pewnego stopnia unaczynienie tylnych powrózków.

Nadto można było wykazać, że w zadowalający sposób dadzą się wytłumaczyć pewne charakterystyczne właściwości zwyrodnień uwiądowych, jeżeli przypuścimy śródmiąższową przyrodę niektórych zwyrodnień uwiądowych, a mianowicie możemy bez trudu wyjaśnić z jednéj strony ograniczenie się sprawy chorobowéj wyłącznie tylko na powrózki tylne, a z drugiéj strony rozszerzenie się zmian chorobowych na tylne odcinki powrózków bocznych.

Mimo to sądzi wydawca pewnego podręcznika naukowego (porównaj Eichhorst: *Handb. der speciellen Pathologie und Therapie.* Wiedeń i Lipsk 1883, str. 497), że wnioski przezemnie wysnute zostają „w szczególnym niestosunku“ do faktów przezemnie przytoczonych. Nie potrzebuję wcale odpowiadać na tak rozluźnioną wolność pisarską i na tak proste zaprzeczenie prawdziwości wykazanych przezemnie faktów, a za to wolę raczéj wskazać na nowo uczynione spostrzeżenie, które może służyć za podstawę śródmiąższowéj formy uwiądu rdzenia pacierzowego, a mianowicie spostrzeżenie, że niektóre rdzenie ludzkie posiadają już w stanie prawidłowym silniéj rozwiniętą tkankę łączną w obszarze tętniczek rozgałęziających się w tylnych powrózkach, a w szczególności w obszarze tętniczek zwanych przezemnie *Aa. interfuniculares.* Możebną jest rzeczą, że sąto właśnie te przypadki, które są skłonne do śródmiąższowego zwyrodnienia uwiądowego.

Jak mało uzasadnionym był zarzut podniesiony przez mych przeciwników, okazało się w ostatnich czasach. Francuscy bowiem autorowie stwierdzili nie tylko istnienie przypadków uwiądu śródmiąższowéj przyrody, lecz wykazali nadto mianowicie Ballet (*Arch. de Neurologie,* Nr. 18, 1884) zmiany w ścianie naczyniowéj. Młodsza szkoła Charcota jest tego zdania, jak się to sam w czasie ostatniego mego pobytu w Paryżu przekonać mogłem, że istnieje tylko ta moja forma uwiądu. Na poparcie tego zdania przedstawiono mi przypadek wielkiego tętniaka aorty z równoczesnym uwiądem rdzenia pacierzowego, wskazując, że tętniak był przyczyną rozwinięcia się uwiądu. Nie potrzebuję się nad têm długo rozwodzić, aby wykazać, że takie pojmowanie rzeczy jest niewłaściwêm, gdyż przy tak często zdarzających się wadach serca i zaburzeniach w krążeniu musiałyby się w ogólności wspomniane choroby częściéj wikłać z uwiądem rdzenia pacierzowego. Mojêm zdaniem przydarza się przeciwnie forma miąższowa uwiądu nierównie częściéj, niż forma śródmiąższowa, a zdanie to postaram się właśnie w niniejszéj pracy gruntowniéj uzasadnić.

2) Faktem jest daléj, że sprawa uwiądowa nie jest zawsze przyrody śródmiąższowéj. W większéj części przypadków rozpoczyna się sprawa chorobowa nie w tkance łącznéj lecz w nerwach; zwyrodnienie jest zatêm w takich razach przyrody miąższowéj. W przeważnéj bowiem części przypadków uwiądu rdzenia pacierzowego nie są powrózki tylne poprzerzynane pasmami nowowytworzonéj tkanki łącznéj, lecz są zajęte już to przez rozlane, już też przez ograniczone ogniska zwyrodniałe, które nie zostając w żadnym związku z naczyniami, muszą być

uważane za skutki procesu degeneracyjnego, odbywającego się w samych włóknach nerwowych, jak to wskazują opisy Leydena[1]) o uwiądowo-zwyrodniałej tkance.

O przyrodzie miąższowego zwyrodnienia uwiądowego istnieją obecnie dwa różne zapatrywania.

Według zapatrywania jednych, na czele których stoi Leyden, rozchodzi się tu o zwyrodnienie nerwów, ograniczające się do obszaru powrózków Golla i Burdacha, a więc o zwyrodnienie, dające się tylko anatomicznie określić. Uwiąd rdzenia pacierzowego, powiada Leyden, należy tylko w tém znaczeniu jako „schorzenie systemu“ uważać, że przez system rozumie się grupę włókien nerwowych, identycznie przebiegających w pewnych odcinkach rdzenia pacierzowego.

Zobaczymy wkrótce, że według ówczesnego stanu nauki należy tę definicyję uwiądowego zwyrodnienia nerwów uważać za jedynie słuszną.

Według drugiego zapatrywania jest uwiąd rdzenia pacierzowego schorzeniem systemu we właściwém znaczeniu tego słowa. Przypuszcza się nadto, że sprawa uwiądowa nagabuje tylko te drogi nerwowe w tylnych powrózkach, które nie tylko pod względem anatomicznym mają jednaki przebieg, lecz które pod względem fizyjologicznym posiadają także jednakie znaczenie. Te tylko bowiem grupy dróg rdzeniowych tworzą system, u których, jak np. u dróg pyramidalnych, układ anatomiczny i zadanie fizyjologiczne nawzajem się pokrywają.

Reprezentantem zapatrywania, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest schorzeniem systemu, jest Strümpell: (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Berlin 1882). Zapatrywanie to popiera on następującemi wynikami swych anatomicznych badań:

W części piersiowéj rdzenia pacierzowego podpadają najprzód chorobie dwa wąskie pola „uwydatniające swą oddzielność jako system przez to, że zajmują tę okolicę, z któréj wychodzą włókna do rogów tylnych.“ Równocześnie ulega schorzeniu wąski środkowy pas wzdłuż tylnego rowka.

W części lędźwiowéj rozpoczyna się zwyrodnienie w środkowym obszarze tylnych pasów korzeniowych (*Wurzelzone*), natomiast pozostają przez długi czas nietkniętemi, części przednie (przy spoidle) i tylne (przy brzegu rdzenia) tylnych powrózków. A nawet w tych przypadkach, w których z czasem uległy tylne części zwyrodnieniu, pozostaje przecież owalne lub trójkątne pole obok linii środkowéj, które opiera się nadzwyczaj długo zwyrodnieniu, szerzącemu się w około w obszarze powrózków tylnych.

W części szyjnéj ulegają zwyrodnieniu tylne pasy korzeniowe i powrózki Golla, w tych ostatnich wyrodnieją wcześniéj tylne części niż przednie. Tylne zewnętrze i przednie boczne pola pozostają, podobnie jak w części lędźwiowéj, przez długi czas nienaruszone.

Stale mają jeszcze przydarzać się następne zmiany: zmiany w szaréj istocie tylnych rogów i zanik tylnych korzeni.

Na podstawie tych faktów, stwierdzonych w 10 przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego, wnioskuje Strümpell, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest chorobą systemu, a na poparcie tego twierdzenia przytacza następne główne dowody:

1) Tylne pasy korzeniowe tworzyły oczywiście system ze względu na ich związek z tylnemi włóknami korzeniowemi, wchodzącemi i wychodzącemi z ich obszaru.

2) Powrózki Golla przedstawiają również system, a ich schorzenie w uwiądzie jest pierwotném a nie następowém zwyrodnieniem.

3) Uwiąd rdzenia pacierzowego łączy się nie rzadko ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych bocznych, o których oddzielnym systemie nikt nie wątpi.

A wreszcie 4) pozostaje często owalne lub trójkątne pole tuż obok tylnego rowka zupełnie zdrowém wśród obszaru zwyrodniałego. A ponieważ uwiąd rdzenia pacierzowego oszczędza owalne pole, stanowiące oczywiście przecie system, musi przeto uwiąd stanowić chorobę systemu.

Tym wywodom można zarzucić co następuje:

Pojęcie systemu wymaga wykazania fizyjologicznéj i anatomicznéj równoznaczności dróg identycznie przebiegających w rdzeniu pacierzowym. O fizyjologiczném znaczeniu powrózków Golla i Burdacha nie posiadamy atoli do dnia dzisiejszego choćby w przybliżeniu dokładnéj znajomości.

Strümpell (l. c. str. 766) sam przyznaje, że nasze dzisiejsze wiadomości nie wystarczyły, aby módz rozstrzygnąć, czy pola występujące w uwiądzie w tylnych powrózkach już to jako chore, już téż jako zdrowe, odpowiadają istotnie systemom. Mimo to popełnia niekonsekwencyję, nazywając schorzeniem systemu schorzenie włókien, o których sam wspomina, że nie wie, czy one należą do jednego systemu.

Również w jego sposobie dowodzenia nie ma wymownego dowodu dla słuszności jego zapatrywań.

Jeżeli obszar pasów korzeniowych ulega częstemu i symetrycznemu zwyrodnieniu, to nie ma w tém jeszcze nic charakterystycznego dla schorzenia systemu. Przecież obszar pasów korzeniowych odpowiada dokładnie obszarowi przezemnie opisanych tętniczek, zwanych *Aae. cornuum posterior. posticae*, z których obrębu bardzo łatwo wziąć mogą początek zmiany śródmiąższowe. A ponieważ w ogólności wszystkie naczyńka tylnych powrózków ułożone są symetrycznie i mogą dać początek zwyrodnieniom śródmiąższowym, to nie jest rzeczą dozwoloną, z li tylko symetrycznego położenia ograniczonych pól zwyrodniałych znajdujących się w tylnych powrózkach wysnuwać dalekie wnioski o przyrodzie tych zwyrodnień.

Tylko histologiczny rozbiór pól zwyrodniałych i bezpośrednie i niewątpliwe wykazanie pierwotnego wytworzenia się tkanki łącznéj, a względnie pierwotnego zwyrodnienia nerwów uprawnia nas do rozstrzygnięcia téj kwestyi.

Strümpell jednak nie dostarczył nam tego histologicznego rozbioru.

Że powrózki Golla ulegają często zwyrodnieniu, nie dowodzi to jeszcze wcale, aby uwiąd rdzenia pacierzowego był chorobą systemu, ponieważ schorzenie powrózków Golla nie stanowi jeszcze uwiądu rdzenia pacierzowego. Według zdania znakomitych badaczy, np. Pierreta, schorzenie powrózków Golla nie należy wcale do istoty uwiądu. Zwyrodnienie powrózków Golla nie może więc określać przyrody uwiądu rdzenia pacierzowego. Pomijając nawet tę okoliczność, to pojmowanie uwiądu jako choroby systemu nie opiera się wcale na faktach naukowo udowodnionych.

Również fakt, że zwyrodnienie uwiądowe tylnych powrózków łączy się czasem z istotném schorzeniem syste-

[1]) Ustęp: Tabes dorsualis w „Real-Encyklop. der Ges. Heilkunde.“ Tom 13 Wiedeń i Lipsk 1883. str. 369. „Tkanka podstawowa (zwyrodniała) przedstawia delikatniejszą, siatkowatą budowę, a na krzywo ciętych skrawkach wygląda dosyć często jak falista tkanka łączna, uboga jednak zawsze w jądra.“

mu, nie dowodzi wcale systematycznego charakteru, gdyż ogniskowe stwardnienie rdzenia (*sclerosis multiplex)* łączy się czasem równocześnie ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

A jeżeli czasem pozostaje ograniczone pole obok tylnego wcięcia zdrowém w uwiądzie, to nie zdarza się to po pierwsze zawsze, a powtóre należy to również w ten sposób wytłumaczyć, jak fakt, że przy najzwyklejszém ogniskowém stwardnieniu rdzenia pozostają czasem całe powrózki [1]) nietkniętemi.

Przytoczone więc przez Strümpla dowody nie wystarczają na udowodnienie, że uwiąd rdzenia pacierzowego jest chorobą systemu. Nadto winny one jeszcze wyjaśnić wiele faktów, które się przy uwiądzie zdarzają, a które nie są wcale charakterystyczne dla uwiądu.

Tak np. podaje Strümpell, że zwyrodnienie szaréj istoty rogów tylnych i zanik tylnych korzeni mają stale się przydarzać w uwiądzie rdzenia pacierzowego.

Dla czego jednak, musimy się zapytać, ulegają zwyrodnieniu szare tylne rogi i dla czego zanikają korzenie tylne?

Jeżeli Strümpell sądzi, że dla tego, ponieważ tylne rogi i tylne korzenie należą do schorzałego „systemu,“ to zapomina o têm, że te „systemy“ nie są jeszcze wcale udowodnione i że têm samém jego tłumaczenie niczego nam nie wyjaśnia i że zostaje ono czczém tylko przypuszczeniem i wycieczką na pole, którego istnienie jest dotychczas jeszcze hipotezą.

Na pytanie wreszcie, dla czego tylne zewnętrzne i przodkowe boczne części powrózków tylnych tak często wolne zostają od sprawy uwiądowéj, nie napotykamy w pracy Strümpla ani nawet hipotetycznéj odpowiedzi.

Jeżeli atoli wniosków, które Strümpell musiał, jak sądzi wysnuć na podstawie starannie zebranego materyjału, nie możemy uznać za prawdziwe, to musimy sobie postawić za zadanie, zbadać, czy też istotnie na prawdziwych faktach oparł Strümpell swe wywody. A w tym względzie musimy się przedewszystkiém zapytać: 1) czy przytoczone fakta można stwierdzić zawsze stale w uwiądzie rdzenia pacierzowego, jak to Strümpell utrzymuje, i 2) czy przytoczone szczegóły zupełnie wyczerpują wszystkie formy zwyrodnienia uwiądowego.

Że spostrzeżenia Strümplla są oparte na przedmiotowém badaniu, o têm nie wątpimy bynajmniéj. Ktokolwiek badał przypadki uwiądu, niech zechce tylko przejrzeć swe preparaty lub rysunki podane przez dobrych badaczy, a przekona się o prawdziwości podań Strümpla.

Schemat podany przez Strümplla nie jest jednak stałym i nie wyczerpuje wszystkich przypadków.

Aby rozpocząć wprost od rzeczy znanych przypominam tylko tak zwane „*bandelettes externes*“ Pierreta. Pierret uważa schorzenie ich za początek uwiądu i za przyczynę bezładu ruchowego. Strümpell zaś uwydatnia ze szczególnym naciskiem, że one nie odpowiadają wcale obszarowi pasów korzeniowych, które, zdaniem jego, najprzód ulegają zwyrodnieniu i wspomina, że w przypadkach bardzo nawet póżnego uwiądu napotkać je można jako wcale nietknięte. A przecież istnieje zwyrodnienie owych „*bandelettes.*“ Inaczéj bowiem nie opisałby ich tak znakomity badacz, jak Pierret. Podanie, że powrózki Golla ulegają stałemu i wybitnemu zwyrodnieniu, podanie więc, które jak to widzieliśmy, Strümpell dla swych wniosków szczególnie zużytkowuje, nie licuje w zupełności ze spostrzeżeniami Leydena, który w pewnych przypadkach napotykał powrózki Golla w mniejszym stopniu zwyrodniałe, niż powrózki klinowe.

[1]) Taki przypadek ogłoszę wkrótce.

Strümpell twierdzi, że zwyrodnienie powrózków Golla jest najsilniejsze w tylnych odcinkach. Będę miał wkrótce sposobność wykazania, że i to podanie nie zawsze się sprawdza.

A jeżeli wreszcie Strümpell utrzymuje, że zmiany w szaréj istocie tylnych rogów i w tylnych korzeniach stale przydarzają się, to przemawiają przeciw temu te przypadki uwiądu, w których brak jest wszelkiego śladu zaburzeń w uczuciu [1]).

Że rzeczywiście nie potrzebują w uwiądzie ulegać zwyrodnieniu ani tylne korzenie, ani szara istota, ani wreszcie tylne pasy korzeniowe, i że nienaruszenie wspomnianych części cechuje właśnie czystą formę uwiądu, mam na celu wykazać w niniejszéj pracy.

Strümpllowi i, jak się zdaje, innym także badaczom nie powiodło się należycie wytłumaczyć niektórych przypadków uwiądu, które, jak sądzę, dla tego są szczególniejszéj doniosłości, ponieważ w połączeniu z niedawno poczynionemi przezemnie spostrzeżeniami rzucają nowe światło na sprawę uwiądowego zwyrodnienia nerwów.

Chory, którego rdzeń przedstawiał zmiany poniżéj opisane, okazywał w czasie życia zwykły obraz uwiądu rdzenia pacierzowego, chwiejny niepewny chód, niskiego stopnia tak zwany bezład w ruchach rąk, przytępione czucie w odnogach dolnych, mrowienie w palcach u nóg, lekkie zboczenie w czuciu na końcach palców rąk, a szczególnie w obszarze nerwu łokciowego, uczucie opasania obręczą itd.

Rdzeń pacierzowy stwardniono w roczczynie chromanu potasowego. (C. d. n.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał **Dr. Rydygier**.

Im szybciéj zbierzemy większą liczbę przypadków wycięcia odźwiernika, têm prędzéj i dokładniéj będziemy mogli rozstrzygnąć niektóre istniejące jeszcze w tym względzie zagadnienia. Dla tego zasługuje dotąd jeszcze każdy pojedyńczy przypadek wycięcia odźwiernika na ogłoszenie; nadto drugi z poniżéj opisanych przypadków zwraca szczególniejszą uwagę na siebie z téj przyczyny, że pomimo iż powiklany złowrogiém oddzieleniem śródjelicia od okrężnicy poprzecznéj — co dotychczas zawsze śmierć sprowadzało — szczęśliwie się zakończył. W trzech tych przypadkach wyciąłem odźwiernik dwa razy wobec raka, a raz wobec wrzodu zwężającego światło odźwiernika. Doliczając moje dawniejsze przypadki wykonałem więc dwa razy wycięcie odźwiernika wobec wrzodu — oba razy z dobrym skutkiem —, a trzy razy wobec raka — dwa razy z zejściem śmiertelném.

Oto pokrótce opis moich nowych przypadków.

[1]) Niedawno temu badałem dziewczynkę dwunastoletnią, która przedstawiała klasyczny obraz bezładu ruchowego bez najmniejszego śladu zboczenia w czuciu.

1. Osiński Józef, około 42 lat wieku, służący; ojciec jego i jeden z braci umarli na raka żołądka, obydwaj cierpieli przed śmiercią krwawe wymioty.

Prócz zapalenia płuc i gośćca ostrego nie przechodził chory żadnych cięższych chorób ani nie był nałogowym pijakiem. Obecne cierpienie rozpoczęło się po austryjacko-pruskiéj wojnie od dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego; ból w okolicy żołądka i wzdęcie brzucha obok zaparcia stolca, przerywanego niekiedy rozwolnieniem, dokuczały mu od samego początku i mimo odpowiedniego leczenia wodą karlsbadzką i emską nie ustawały. Chory próbował także bez porady lekarskiéj środków przeciw tasiemcowi, co tylko cierpienie jego jeszcze pogorszyło. W końcu miewał wymioty występujące zwykle w kilka godzin po jedzeniu, niekiedy ze śladami krwi. Dnia 20go marca 1883 spostrzegł kol. Dr. Niklewski guz w okolicy żołądkowéj, rozpoznał raka żołądka i przysłał chorego w celu operacyi do naszéj kliniki.

Badanie. Chory wzrostu słusznego, wychudły, bladożółtéj cery, przedstawia w środku pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem nieco ku prawéj stronie od smugi białéj guz wielkości średniego jabłka, na ucisk bolesny, który można we wszystkich kierunkach poruszać. Reszta przyrządów zdrowa.

Mogliśmy więc tylko potwierdzić rozpoznanie kol. Dra Niklewskiego i przystąpiliśmy do operacyi dnia 4go czerwca 1883 po poprzedniém przygotowaniu chorego w sposób, jaki opisałem w moim wykładzie o wycinaniu odźwiernika (Rydygier. O wycinaniu odźwiernika, wykład kliniczny Przegl. Lek., 1882 i *Volkmann's Samml. klin. Vorträge 220*). Operacyję wykonaliśmy podług prawideł podanych w tym wykładzie, a więc: cięcie w smudze białéj, oddzielenie sieci większéj i mniejszéj pomiędzy podwójnemi podwiązkami, założenie moich elastycznych uciskadeł, podłożenie kompresy przeciwgnilnéj pod wyciąć się mający odźwiernik, wycięcie zrakowaciałego odźwiernika po stronie żołądka w kierunku skośnokątnym od prawéj strony i dołu ku lewéj stronie i górze, po stronie dwunastnicy w kierunku prostopadłym; szew łączący (*Ringnaht*) i zwężający (*Occlusionsnaht*) założyliśmy sposobem dwurzędowego szwu Czernego dodając jeszcze jako trzeci rząd, jak zwykle, kilka szwów spajających błonę śluzową. Do szwu użyliśmy, jak zawsze, katgutu. Szwów założyliśmy: 12 pierwszego, 8 drugiego rzędu szwu zwężającego, 20 pierwszego, 18 drugiego rzędu szwu łączącego i 10 szwów błony śluzowéj, a w końcu dwa szwy krzyżujące się tam, gdzie się 3 linije szwów stykają.

Po oczyszczeniu pola operacyjnego zwitkami zmaczanemi w ciepłym 3% karbolu zeszyliśmy ściany brzuszne szwami naprzemian to głębokiemi chwytającemi otrzewnę, to powierzchownemi; opatrunek składał się z gazy i waty sublimatowéj. Operacyja trwała 2¼ godziny. Guz wycięty był długości 7cm. przy krzywiźnie większéj, a 4cm. przy mniejszéj; światło odźwiernika zwężone przepuszczało zaledwie cienki ołówek; ściany rakowato naciekłe, zgrubiałe; błona śluzowa na jedném miejscu owrzodziała; żołądek rozszerzony; pod drobnowidem guz okazuje się jako rak dołkowaty.

Przebieg pooperacyjny był w pierwszych dniach zadowalający, ciepłota wynosiła drugiego dnia zrana 38,7°, wieczorem 37,0; trzeciego dnia zrana 37,6°, w południe 37,5°. Mimo to uskarża się chory na silne bóle i tak jest niespokojnym, że mu trzeba wstrzykiwać morfiu. Wieczorem trzeciego dnia podniosła się gorączka do 38,1°, tętno 112; noc bardzo niespokojna; czwartego dnia rano gorączka 38,4°, tętno 124; bóle powiększają się aż wieczorem śmierć wybawiła chorego od cierpień.

Badanie pośmiertne jamy brzusznéj wykazuje ropne zapalenie otrzewny, liniję szwu pokrywa gruba warstwa błon wrzekomych niedozwalająca stosunku szwów dokładnie rozpoznać. Przy wyjmowaniu żołądka i dwunastnicy rozszedł się w części szew tak, że wcale nie było można rozstrzygnąć, czy i gdzie niedokładnie trzymał; resztek potraw nigdzie w wysięku nie znaleźliśmy. Prócz tego dalsze badanie jamy brzusznéj wykazało, że nigdzie w niéj ani przerzutów ani nacieków rakowatych nie było.

2. Nowakowska Józefa, 41 lat licząca, szewcowa z Poznania, nie wie, czyby kto z jéj familii cierpiał na raka. W 10 roku przebyła cholerę, a w czasie fancuskiéj wojny ospę. Obecne jéj cierpienie rozpoczęło się przed 1½ rokiem od mdłości, do których w ostatnim czasie przyłączyły się wymioty. Kol. Dr. Batkowski, którego pomocy zasięgała, rozpoznał raka odźwiernika i znajdując guz już wprawdzie wielkich rozmiarów ale jeszcze ruchomym, zalecił jéj operacyję i odesłał do naszego zakładu.

Badanie z d. 18/7 1884 r.; chora średniego wzrostu, słabowita, znacznie wychudła; prócz żołądka wszystkie przyrządy zdrowe. Ponad pępkiem po prawéj stronie wyczuwa się guz twardy, za dotknięciem bolesny, ruchomy, wielkości pięści dorosłego mężczyzny.

Rozpoznanie raka odźwiernika nie ulegało wątpliwości, a niemniéj zgadzaliśmy się z kol. Batkowskim, że przypadek jeszcze odpowiedni do operacyi mimo znacznéj wielkości guza, gdyż nigdzie nie mogliśmy wykryć głębszych zrostów.

Operacyję wykonaliśmy dnia 21/7 1884 podług zwykłego naszego sposobu. Nadmieniam tylko, że wyłuszczając głęboko zapuszczający się guz musiałem na jedném miejscu śródjelicie przyokrężne w długości około 5cm. przedzielić, przyczém wypadało przeciąć jednę z większych gałęzi tętnicy śródjelitowéj, ale jeszcze powyżéj miejsca, w którém się dzieli na drobne gałązki tworzące znane łuki naczyniowe obok jelita (*arcadae*). Nie widząc najmniejszéj zmiany w zabarwieniu oddzielonéj części jelita nie wycięliśmy odpowiedniego kawałka. Do szycia użyliśmy szwu kuśnierskiego zakładając go w następującym porządku: najprzód połączyliśmy tylną ścianę dwunastnicy z odpowiednią częścią ściany żołądkowéj rozpoczynając zakładanie szwu od tępego kąta w ścianie żołądka; szew ten założyliśmy sposobem pierwszego rzędu szwu Czernego i od wewnątrz. Następnie zaczęliśmy szew błony śluzowéj również od tępego kąta, ale postępując na dół nie przerwaliśmy go przy krzywiźnie większéj, lecz poprowadziliśmy go naokoło wracając do punktu wyjścia. Tylną część tego szwu założyliśmy od wewnątrz, przednią od zewnątrz. Doszedłszy do tępego kąta przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, ażeby natychmiast daléj tą samą nicią założyć szew zwężający na błonę śluzową, naturalnie używając daléj szwu kuśnierskiego. Następnie założyliśmy szew kuśnierski na przednią ścianę dwunastnicy i odpowiednią część żołądka kończąc pierwszy rząd szwu Czernego, jaki zaraz na samym początku na tylną ścianę założyliśmy, i prowadząc go, podobnie jak przy szwie błony śluzowéj, zaraz daléj jako

pierwszy rząd Czernego szwu zwężającego. W końcu założyliśmy w téj saméj rozciągłości drugi rząd szwu Czernego również szwem kuśnierskim, a więc przednią część szwu łączącego i cały szew zwężający; i tu przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym przy kącie tępym. Na tylnéj ścianie dodaliśmy jeszcze 2—3 szwy węzełkowe dla wzmocnienia tam znajdującego się szwu, który właśnie tam pozostał tylko dwurzędowym (szew błony śluzowéj i pierwszy rząd Czernego), gdy tymczasem przednia ściana jako trzeci rząd miała szew zwężający.

Przebieg pooperacyjny był wyborny, niczém niezakłócony; ciepłota zawsze pozostała prawidłową; 4go dnia podaliśmy choréj nieco bulijonu, 8go cokolwiek mięsa surowego; 11go wyjęliśmy szwy zmieniając pierwszy raz opatrunek, rana była zupełnie zagojoną. Trzydziestego drugiego dnia po operacyi opuszcza pacyjentka Zakład nie czując żadnych dolegliwości, tylko jeszcze osłabiona. Od czasu operacyi nie pojawiły się już wymioty, a stolec dawniéj zawsze zaparty teraz regularny, apetyt dobry. Długość wyciętego kawałka wynosiła 20cm. przy krzywiźnie większéj, a 10cm. przy mniejszéj. Ściany twarde i zgrubiałe w skutek nacieku rakowatego. Żołądek był znacznie rozszerzony; przy guzie zostawiliśmy na niektórych miejscach, mianowicie blisko krzywizny większéj, więcéj niż 4cm. zdrowéj ściany żołądka chcąc na pewno operacyję w zdrowéj tkance wykonać. Mimo to obawiamy się powrotu ze względu na olbrzymią wielkość guza, chociaż z drugiéj strony zupełne wyzdrowienie uważamy za możliwe, dla tego że zrobiliśmy cięcie w zdrowych częściach i nigdzie ani gruczołów zrakowaciałych, ani innych przerzutów nie mogliśmy spostrzedz. Podług wiadomości we wrześniu zasięgniętych operowana miewa się dobrze.

3. Wycięcie odźwiernika wobec wrzodu. Neumann Augusta, 48 lat, nie przebywała prócz duru i zimnicy żadnych cięższych chorób. Obecne jéj cierpienie rozpoczęło się przed 18 laty. Początkowo męczyły ją zwyczajne objawy nieżytu żołądka i niestrawności, zmuszające ją do ograniczenia się w jedzeniu. Mimo zasiąganéj porady lekarskiéj stan jéj się pogarszał. W ostatnim czasie bóle w okolicy żołądka powiększyły się, a nadto wystąpiły wymioty pojawiające się prawie regularnie w 1—2 godzin po spożyciu potraw; stolec bywa zaparty co 2—3 dni.

Badanie dnia 28/7 1884. U wysokiéj, wychudłéj pacyjentki znajdujemy nieco powyżéj pępka guz podługowato-okrągławy, niewyraźnie od okalających części odgraniczony, z powierzchnią gładką, nieco we wszystkich kierunkach poruszalny, na ucisk bolesny; żołądek rozszerzony. Badając resztę przyrządów znajdujemy nieżyt błony śluzowéj macicy, żylaki na podudziach i nieżyt oskrzeli.

Rozpoznaliśmy wrzód żołądka w okolicy odźwiernika światło jego zwężający z następczą rozstrzenią żołądka. Nie spodziewając się niczego od tak długo już bezskutecznie stósowanego leczenia wewnętrznego, mianowicie w położeniu ubogiéj choréj, która ani otoczyć się wygodami, ani odpowiedniéj dyjety zachować nie może, zaleciliśmy jéj operacyję, na którą też chętnie przystała.

Do operacyi przystąpiliśmy dnia 2/8 1884: cięcie w smudze białéj około 14cm. długie, odszukanie i wydobycie stwardniałego odźwiernika, które się nie zupełnie i tylko z trudnością udaje, z powodu zrostów z sąsiedniemi częściami; odłączenie guza od sieci większéj i mniejszéj na przestrzeni około 6cm. długiéj; podsunięcie przeciwgnilnéj podkładki; założenie moich elastycznych uciskadeł, przecięcie ścian żołądka w kierunku skośnokątnym od prawéj strony i dołu ku lewéj i górze, a ścian dwunastnicy w kierunku prostopadłym. Teraz spostrzegamy, że znacznie naprężona dwunastnica niedająca się więcéj wyciągnąć ma przeciwnie skłonność do wysunięcia się z uciskadeł i cofnięcia w głąb, tak że trudno byłoby założyć szew mianowicie na tylnéj jéj ścianie. Dla tego zdjęliśmy zupełnie uciskadła z dwunastnicy i założyliśmy dwa szwy jedwabne przez sieć większą i mniejszą, zachwytujące zarazem ścianę dwunastnicy u góry i u dołu, naciągając teraz nitki w przeciwnym kierunku i wyciągając zarazem dwunastnicę ku górze tak silnie napięliśmy jéj ściany, że nic pomiędzy niemi wypłynąć nie mogło, a prócz tego tak korzystnie plasko i gładko się ułożyły, że założenie szwu było podobnie ułatwione, jak po założeniu uciskadeł. Szew założyliśmy sposobem szwu kuśnierskiego w następującym porządku: najprzód założyliśmy tylną część szwu łączącego (*Ringnaht*) sposobem 1go rzędu szwu Czernego zaczynając u góry przy tępym kącie, a kończąc na dole przy krzywiźnie większéj i to szyjąc od wewnątrz; następnie założyliśmy cały szew błony śluzowéj rozpoczynając również w tyle u góry od kąta tępego, a idąc na około wróciliśmy do punktu wyjścia, tu przerwaliśmy szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, a następnie doprowadziliśmy go do końca, jako szew zwężający (*Occlusionsnaht*); daléj założyliśmy pierwszy rząd szwu łączącego na przednią ścianę rozpoczynając tam u dołu na krzywiźnie większéj, gdzieśmy tylny szew zakończyli; połączywszy przednią ścianę przerwaliśmy znowu przy tępym kącie szew kuśnierski jednym szwem węzełkowym, żeby go daléj przeprowadzić, jako pierwszy rząd szwu zwężającego; daléj założyliśmy w tym samym porządku drugi rząd szwu łączącego na przednią ścianę i drugi rząd szwu zwężającego rozpoczynając także na krzywiźnie większéj; w końcu dodaliśmy jeszcze dwa szwy węzełkowe krzyżujące się w miejscu, gdzie przy tępym kącie schodzą się trzy linije szwów. Tak więc sklada się szew łączący w tyle z dwóch rzędów szwu, a w przodku z trzech, szew zwężający również z trzech a wszystkie rzędy są założone sposobem szwu kuśnierskiego. Po oddaleniu uciskadeł założonych na żołądek i podsuniętéj kompresy oczyściliśmy pole operacyjne zwitkami umaczanemi w 2% karbolu i zaszyliśmy jamę brzuszną jedwabnym szwem węzełkowym; opatrunek z waty i gazy sublimatowéj.

Przebieg pooperacyjny był niemile zakłócony zapaleniem płuc, które się drugiego dnia po operacyi wywiązało i nieomal operowaną o życie przyprawiło. Ciepłota dochodziła przez 10 dni do 39·0°; potém opadła i chora powoli zaczęła wracać do zdrowia. Po 12 dniach po raz pierwszy dostała nieco surowego mięsa, a w $3^1/_3$ tygodnia po operacyi zaczęła wstawać, w ostatnim czasie uskarżała się tylko na zbyt surową dyjetę, bo jéj głód dokuczał. To też korzystając z nadarzającéj się sposobności objadła się prostego chleba, jakiego jéj krewni ukradkiem podali; łakomstwo swoje odpokutowała kilkodniowym ostrym postem, który usunął przez dwa dni pojawiające się wymioty. Stolec przed operacyją zawsze zaparty teraz bywa regularny. Dnia 6 września 1884 opuściła operowana zakład czując się zupełnie zdrową. Mimo troskliwego poszukiwania nie udało nam się późniéj jéj pobytu wykryć, tak iż nic o jéj dalszém powodzeniu donieść nie mogę. — Przy téj sposobności miło mi tu zrobić wzmiankę, że R. Pfennig, u któréj po raz

pierwszy w obec blizn po wrzodzie zwężających światło odźwiernika wykonałem operacyję, ma się teraz po 3 latach zupełnie dobrze, mimo że jada zwyczajne potrawy ludności wiejskiéj; przed $^3/_4$ roku zapadła nieco na żołądek, ale w krótkim czasie zyskała dawne zdrowie po zażyciu pigułek z Bismut. subnitr. — Pierwszy mój operowany Mikołajewicz, jak wiadomo, umarł, mam więc 5 wycięć odźwiernika, z których 3 zakończyły się wyzdrowieniem a 2 śmiercią. (C. d. n.)

III. Z kazuistyki ginekologicznéj.

I. Vagina septa infra simplex. Operatio.

LITERATURA: Bartholin, „Anat. Lib.“ I. Cap. XXX. — Böttcher, „Verm. med. u. chir. Schrift“. B. I. — Kiwisch, „Klin. Vortr. II, pag. 364. — Scanzoni, „Gynäkol.“ pg. 429. — Kussmaul, „Mangel. u. Verdoppl. d. Gebärm.“ 1859. — Rokitansky, „Zeitschr. d. Gesell. d. Aerzte“, 1859, Nr. 33. — Rokitansky, „Lehrbuch“, III, pag. 511. — Förster, „Missbildungen“. Jena. 1861, pag. 162. — Breisky, „Krankh. d. Vagina“, 1879, pag. 61. — Klob, Path. Anat. der weibl. Sexualorg. pag. 416. — Hegar u. Kaltenbach, Operat. Gynäkologie, pag. 580.

Rzadkie przypadki chorobowe już z natury swéj są interesującemi, ze względu zaś na rzadką sposobność obserwowania nie mają dość utartéj terapii. Z obu przyczyn opis rzadkich zmian i przebiegu leczenia zasługuje na ogłoszenie, dla tego kilka przypadków chorobowych z méj praktyki podaję do wiadomości kolegów. Dziś rzadką zmianę utworową dotyczącą pochwy.

Jeżeli przewody Müllera w miejscu zetknięcia się z sobą nie ulegną zanikowi, czyli, jeżeli ich części stykające się ze sobą nie ulegną wessaniu, pozostaje przegroda, która pochwę dzieli na dwie podłużne połowy, lewą i prawą. Taka podwójność pochwy jest zatém właściwie skutkiem wadliwego, że tak powiem powstrzymanego, rozwoju, a nie rozwoju wybujałego, jakby to na pierwszy rzut oka sądzić można, mając przed sobą dwie pochwy miasto jednéj. Taką wzdłuż przedzieloną pochwę nazwał Klob *Vagina septa*. Jeżeli przedział taki przez całą długość pochwy jest utrzymanym, to najczęściéj przytém w każdéj z dwu pochew znaleźć można część pochwową maciczną, gdyż *uterus didelphys* towarzyszy téj zmianie. Może być jednak i *uterus septus*, i błona dziewicza bywa podwójną. Może jednak także przedział taki nie całą długość pochwy przebiegać i wtedy jest *vagina subsepta* w miarę tego, czy brak tego przedziału w górnéj czy dolnéj części pochwy, jest *vagina subsepta supra simplex* lub *vagina subsepta infra simplex*. I w przypadkach tych najczęściéj i w macicy napotykamy wady rozwojowe. Można także, jak świadczy literatura, napotkać krótkie przedziały w kształcie wstęgi lub sznurka wzdłuż przebiegające i do jednéj ze ścian pochwowych, prawéj lub lewéj, przyrosłe. Czasem, ale nader rzadko, oderwane przy porodzie płaty błony śluzowéj z tkanką podśluzową od ściany pochwy lub wargi macicznéj przyrastają nieprawidłowo końcem do jakiegoś miejsca ściany pochwowéj i tworzą przedział lub pomost w pochwie. Zmiany tego rodzaju, jeżeli nie są powikłane ze zrostem pochwy lub macicy, rzadko stają się przedmiotem leczenia, chyba że stanowią przeszkodę w spółkowaniu. Breisky przeciął 2,8cm. długą a 1,2cm. szeroką wstęgę mięsną przebiegającą od przedniéj wargi macicznéj do lewéj ściany pochwowéj i wrosłą w nią na 4cm. nad ujściem pochwy, ponieważ przy każdém spółkowaniu powstawały nieznośne bóle. Powstał zaś ten pomost po ciężkim porodzie. Rogers, Rokitansky, Santesson i inni opisują rozmaite przedziały różnéj wielkości i długości i ich leczenie. Nigdzie jednak w literaturze, o ile mi ona była przystępną, nie mogłem znaleźć opisu przedziału przebiegającego i dzielącego pochwę nie prostopadle na lewą i prawą połowę, lecz poprzecznie na górną i dolną lub względnie na przednią i tylną. Taki przypadek spotkałem w praktyce, stał on się przedmiotem leczenia.

Piątego września b. r. zasiągala méj rady lekarskiéj Mindel Wortzel, lat 21 mająca, od trzech miesięcy zamężna. Była zawsze zdrową, nie przebywała żadnych chorób zakaźnych, od 15go roku życia miesiączkuje skąpo, lecz regularnie co cztery tygodnie przez trzy dni, bez boleści, aż do zamążpójścia była kucharką. Skarży się, iż po zamążpójściu tylko trzy razy wykonywała z mężem spółkowanie i że za każdym razem prócz ogromnych boleści dostała tak obfitego krwotoku, że mdlała i tylko oblewaniem i zimnemi wstrzykiwaniami docucić jéj i krwotok opanować było można. Wejrzenie jéj stwierdza to co podaje: białe prawie wargi, brudno-blada cera wynędzniałéj twarzy, oczy zapadłe o bladych spojówkach, blada błona śluzowa ust dawały żywy obraz ostréj niedokrewności, jaką po nagłych a obfitych krwi utratach spotykamy. Badając znalazłem narządy klatki piersiowéj i brzucha w porządku. Wargi sromu prawidłowe, przedsionek blady, prawie biały, ujście pochwy wąskie, z błony dziewiczéj szczęty wybitne jeszcze i pulchne. Palec głębiéj wprowadzony wyczuł jamę dość obszerną gładką, końcem palca dosięgnąłem sklepienia téj jamy miękkiego, nierównego, jakby naroślami wypełnionego, których silniéj dotknąwszy wywołałem natychmiast silny krwotok, który zimnemi wstrzykiwaniami ledwo po kilku minutach zupełnie opanować byłem w stanie. Byłem w pierwszéj chwili nie mniéj prawie wystraszonym niż chora. Nie wiedziałem jednak wiele więcéj dotychczas, niż przedtém i trzeba było przystąpić raz jeszcze do ostrożnego badania. Tym razem postąpiłem sobie inaczéj. W położeniu boczném choréj, na modłę angielską, założyłem dwa drewniane wąskie gorżorety na przednią i tylną ścianę pochwową tuż za ujściem pochwy i zwolna posuwałem je naprzód. Niebawem mniéj więcéj na 4cm. nad ujściem pochwy ustawiła mi się między gorżoretami linija poprzeczna od lewéj do prawéj ściany pochwowéj przebiegająca, dzieląca pochwę na przednią węższą znacznie i tylną dużo szerszą połowę. W pierwszéj chwili sądziłem, że jest to przedarta lub przecięta poprzecznie i odstająca od tkanki podśluzowéj tylna ściana pochwowa. Jednakże wyścielająca tylną połowę pochwy błona śluzowa, wyraźne na niéj i wybitne zmarszczki zniweczyły to zapatrywanie i przedział pochwowy na myśl mi przywiodły. Wyjąwszy gorżorety badałem już w tym kierunku daléj palcem. Badanie to wykazało: Od ujścia pochwowego aż do wysokości 4cm. nad témże prawidłowa nad ujściem dość obszerna pochwa, ztąd w górę pochwa przedzielona na dwie połowy, przednią i tylną przedziałem mięsnym na 1,5 do 2mm. grubym miernie elastycznym po obu swych stronach błoną śluzową opatrzonym. Jeżeli przyjmę obecnie dla tych dwu połów pochwy nazwę dwóch pochew, to otwór prowadzący do przedniéj pochwy jest znacznie od tylnego mniejszy, szczelinowaty stanowiący szparę poprzeczną dość wąską, palec wprowadzony uciskającą. W górze czyli na wierzchołku téj przedniéj pochwy napotykamy bardzo małe przednie sklepienie i smukłą na ten drobną część pochwową macicy, która przy skombinowaném badaniu okazuje się małym niewykształconym *uterus*

infantilis, w położeniu prawie pionowém. Tylnego sklepienia w téj przedniéj pochwie nie ma, gdyż wspomniany przedział pochwowy stanowiący tylną ścianę téj przedniéj pochwy wychodzi od macicy tuż nad samą tylną jéj wargą. Cała przednia pochwa pokryta błoną śluzową z wyraźnemi zmarszczkami. Otwór do tylnéj pochwy dość obszerny i okrągły, od przedniego może trzy razy większy, palec wprowadzony wchodzi wysoko nad wysokość warg macicznych w przedniéj pochwie położonéj części pochwowéj, wyczuwa obszerne dość kopułowate sklepienie, przez które nic wyczuć daléj nie można. Tylna pochwa również jak przednia wyścielona błoną śluzową o wyraźnych zmarszczkach prócz sklepienia, które wysłane jest tkaniną nierówną, brodawkowatą, przy dotyku dającą uczucie mnóstwa drobnych polipów za najlżejszém dotknięciem krwawiącą.

Na dalsze moje pytania choréj zadawane w kierunku możliwego skaleczenia, upadnięcia, samogwałtu palcem lub narzędziem wykonywanego, otrzymałem odpowiedzi absolutnie przeczące, wszelką myśl o nabyciu zmiany wykluczające.



Załączony rysunek idealnego przecięcia prostopadłego od przodu ku tyłowi miednicy i jéj narządów jaśniéj przedstawi stosunki znalezione u pacyjentki. Linija *a*, *b*, jest przedziałem pochwowym wyżéj opisanym.

Przez nazwę *Vagina septa infra simplex* przezemnie użytą rozumieją patologowie wprawdzie pochwę przedzieloną na lewą i prawą część a nie na przednią i tylną, podporządkowałem jednak mój przypadek pod tę nazwę nie chcąc tworzyć nowéj.

Krwotoki przy spółkowaniu znalazły swoje wytłumaczenie; członek męża wchodząc w szerszy i dość obszerny otwór tylnéj pochwy dotykał tak łatwo broczących w sklepieniu usadowionych granulacyj i wywoływał krwotok.

Chora żądała pomocy celem umożebnienia stosunku płciowego bez niebezpieczeństwa i godziła się chętnie na rękoczyn. O tymże nie wiele wspomnieć mi wypada. Nie chciałem poprzestać na prostém podłużném przecięciu przedziału pochwowego sądząc, iż ile że jest szerokim i grubym, nie ściągnie się i nie skurczy potém tak bardzo, aby nie przeszkadzał spółkowaniu i nie stał się może i potém jeszcze powodem boleści i częstych okaleczeń. Nadto należało mi odsłonić dobrze przyszłe tylne sklepienie i uwolnić je od tak łatwo broczących granulacyj. Przy łaskawéj asystencyi domowego lekarza choréj, kol. Dra Eichorna, przystąpiłem 15go września do operacyi. Kolega rozwierał mi dwoma gorżoretami pochwę, a ja, założywszy po obu zewnętrznych, t. j. ścian pochwy dotykających, brzegach przedziału z obawy krwotoku długie pincety Hopfgartnera i ścisnąwszy je zasuwkami, wyciąłem cały przedział pochwowy między niemi położony nożyczkami odpreparowawszy go na końcu ostrożnie od tylnéj wargi macicznéj, a raczéj dokładnie mówiąc, tuż nad nią. Granulacyje tylnego, obecnie bardzo obszernego i wysokiego, sklepienia wyskrobałem łyżeczką ostrą, a wystrzykawszy dokładnie pochwę rozczynem sublimatu pomazałem tylne wyskrobane sklepienie rozczynem półtorachlorku żelazawego i wytamponowałem całą pochwę szczelnie gazą jodoformową. Po odjęciu pincet nie było krwotoku, cała utrata krwi była stosunkowo nieznaczną. Opatrunek zmieniano co 48 godzin a po dniach 20 chora była zupełnie zdrową, a cały przebieg pooperacyjny niczém nie był zamącony.

Pochwa obecnie obszerna i elastyczna wszędzie wygojona, tylne sklepienie w samym wierzchołku bliznowato wygojone, lecz nieściągnięte. Macica mała, pionowo ustawiona w badaniu skombinowaném okazuje się w rozwoju bardzo powstrzymaną; miary jéj podać dokładnie nie mogę, gdyż zgłębnik cienki nawet w zewnętrzne, nadzwyczajnie maleńkie, ujście maciczne ledwo wprowadzić i tylko na 1 cm. w szyję maciczną wsunąć mogłem. Po miesiącu te same znalazłem stosunki, spółkowanie odbywa się bez przeszkody i bólu.

Opis ten okazu na każdy sposób ciekawego podaję pozostawiając zdaniu kolegów przypisanie wady pod względem etyjologicznym, już to fizyjologicznemu wadliwemu rozwojowi, już téżto przyczynie patologicznéj. Nie przesądzając wcale ostatecznie tego sądu pozwolę sobie tylko wyrazić zdanie, iż skłonny byłbym przypuścić powstanie patologiczne w ten sposób, iż z poprzecznego pęknięcia lub wrodzonéj szczeliny poprzecznéj w tylnéj ścianie pochwy przez stopniowe coraz dalsze odłączenie jéj od tkanki podśluzowéj powstał mały w górę idący zaułek, który z czasem, już to skutkiem ruchów przez chorą wykonywanych, już to głównie przez spółkowanie, do opisanych rozmiarów został wydłużonym. Za tém przemawiałaby okoliczność, że sklepienie téj niby tylnéj pochwy nie było powleczone błoną śluzową, lecz wypełnione wiotkiemi wybujałemi granulacyjami.

Przeciw temu przemawia okoliczność, iż ta tylna pochwa aż do sklepienia powleczona była błoną śluzową o wyraźnych, a nawet wybitnych, zmarszczkach. Trudność wynikłą z téj ostatniéj okoliczności usunąć może wiadomy fakt, że często błona śluzowa posuwa się z sąsiedztwa na nową ranę i nowoutworzoną jamę nawet wyścielić jest w stanie. Widziałem sam dwa przypadki zupełnego braku pochwy i macicy, w których operator lekkie zagłębienie przedsionka błoną śluzową powleczonego naciął i tępo potém w tkance łącznéj 5 cm. głęboką sztuczną pochwę wydłubał, po niejakim czasie jama ta powleczona była błoną śluzową od przedsionka rozrosłą i przedstawiała na 4 cm. głęboką ślepą pochwę. Jeden z tych dwu przypadków publikowanym jest jako Nr. 1 protokołu szpitalnego w sprawozdaniu szpitala Maryi Teresy we Wiedniu z r. 1877, drugi również przez prof. Rokitanskiego był operowany w Zakładzie leczniczym Edera we Wiedniu.—Nie upieram się wcale przy tém tłuma-

czeniu, przedstawiając tylko jego możebność, a główną trudność tłumaczenia upatruję w tém, że nigdzie w dostępnéj mi, a dość znacznéj, literaturze fachowéj nie znalazłem opisu podobnego przypadku.

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia,“ zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów

podał Dr. J. Gwiazdomorski,

kierownik zakładu.

Zakład otwartym został 1 października 1883, z tego powodu sprawozdanie obejmuje czas od 1 października 1883 do końca września 1884. W tym przeciągu czasu leczono w zakładzie ogółem 31 chorych, mianowicie mężczyzn 20, kobiet 11. Ogólna ilość dni leczenia wynosi 663, średnio na jednego chorego 21. Operacyj wykonano ogółem 21; ich rodzaj i wynik przedstawia następująca tablica:

Rodzaj operacyi	Ilość operacyj	wyszli: wyleczeni	wyszli: z polepsz.	wyszli: niewylecz.	zmarli
I. Laparotomije:					
Owaryjotomije	3	3			
Laparohysterotomija (Amputatio uteri według Schrödera)	1	1			
II. Operacyje na częściach płciowych zewn.:					
Enucleatio fibrom. uteri per vaginam — Amputatio penis	3	3			
III. Operacyje na kiszce stolcowéj:					
Exstirpatio carcinomatis recti, Operacyja fistulae ani i hemoroidów	1				
Wyskrobanie carcin. recti	2	2			1
IV. Wycięcie nowotworów podskórnych:					
Lymphomata colli, Sarcoma cutis, Lipoma subcutaneum	3	3			
V. Wyskrobanie i częściowa resekcyja kości i stawów:					
Maxilla inf., metatarsus, femur sin , phalanx II. pollicis, humerus sin.	5	5			
VI. Operacyje inne:					
Laryngotomija, Enucleatio bulbi oculi sin. . .	2	2		1	
Cięcie próbne	1				
	21	19		1	1

Z ogólnéj liczby chorych opuściło zakład: Wyleczonych mężczyzn 15, kobiet 7; z polepszeniem m. 4, k. 1; niewyleczonych m.—, k. 2; zmarło m. 1, k. 1.

A) Przypadki operacyjne.

1) K. B., l. 28, z Król. Polskiego. Torbiele obu jajników,—owaryjotomija,—wyleczenie. (Ordynaryjusze prof. Dr. J. Mikulicz i Doc. Dr. H. Jordan).

Przed blisko 10 laty przebyła ciężką blednicę. W ostatnich kilku latach mieszkając w okolicy bagnistéj cierpiała dość często na zimnicę, która ustępowała po dłuższém używaniu chininu. Menstruacyja po raz pierwszy w 17tym roku życia i dotąd w prawidłowych odstępach. Porodów przebyła trzy, ostatni przed 2ma laty, wszystkie miernie ciężkie. Od stycznia rb. cierpi na silne, napadowo co kilka godzin występujące bóle jakby kurczowe w okolicy pępka, rozpromieniające się na cały brzuch. Usuwała je zawsze wstrzykiwaniami podskórnemi morfinu, a gdy nie ustawały, radziła się lekarzy warszawskich, którzy rozpoznali w marcu 1883 *neoplasma superficiei posticae uteri adhaerens et intestinum rectum limitans, aliquod mobile.* Wysłali chorą do Ciechocinka, przepisując odpowiednie leczenie. Odtąd już i pacyjentka sama zaczęła uważać, że ma jakieś guzy w dolnéj części brzucha, szczególniéj po stronie prawéj. Bóle jednak nie ustawały, menstruacyja stawała się coraz nieregularniejszą i skąpszą, siły i odżywienie upadały coraz więcéj; częste zaparcia stolca wymagały codziennych lawatyw. Nieżyt chroniczny żołądka, na który chora poprzednio w miernym stopniu cierpiała, wzmagał się. Wspomniane zaś guzy rosły powoli przeważnie bez bólu, czasem jednak występował i ból i gorączka miernego nasilenia.—Stan obecny: Budowa dość dobra; odżywienie liche; błony śluzowe warg i dziąseł blade. C. 36·7°, t. 88, dość dobre. Mierny nieżyt oskrzeli obustronny. W sercu żadnych zmian.—Brzuch w częściach dolnych trochę tylko wzdęty i to więcéj po stronie prawéj; przy dotyku wszędzie miernie, w nad i podbrzuszu zaś więcéj bolesny. Żołądek znacznie rozszerzony. Śledziona wyraźnie powiększona, twardawa, niebolesna. W dolnéj części brzucha po stronie prawéj wyczuć można w głębi obrzęk wielkości dwóch pięści, kształtu od góry ku dołowi podłużnego, o powierzchni gładkiéj, dość miękki; chełbotania w téj głębokości wykazać nie można. Guz jest przy ucisku bolesny, mało ruchomy, najwięcéj ku górze, gdyż ku dołowi kości miednicy ograniczają jego ruchomość. Po stronie lewéj w okolicy odpowiadającéj jajnikowi także wyczuć można guz wielkości małego jaja kurzego, również bolesny, więcéj ruchomy. Badanie przez pochwę wykazuje, że obrzęk po stronie lewéj odpowiada stanowczo powiększonemu jajnikowi lewemu; obrzęk zaś strony prawéj daje się dobrze wyczuć jako ciało okrągłe, gładkie, bolesne, ku górze nieco przesuwalne, najlepiéj w sklepieniu bocznèm prawém. Część pochwowa macicy zwrócona ku stronie lewéj. Przy wypychaniu macicy ku górze wysuwają się i oba obrzęki nieco ku górze.

W głębokiéj narkozie poprowadzono, po ogoleniu dolnych części brzucha i obmyciu mydłem i karbolem, cięcie w linii środkowéj sięgające od spojenia łonowego do pępka, tj. około 15 cm. długości mające. Przez ranę tę widać jajnik lewy nowotworowo zwyrodniały, jego więzadło trochę skręcone i krótsze. Natomiast jajnik prawy okazywał torbiel dermoidalny wielkości dwóch małych pięści przyczepiony silnie do części sąsiednich głównie bocznéj ściany macicy i miednicy małéj; górna wreszcie jego część była silnie zrośniętą z pętlą kiszki cienkiéj. Podwiązano naprzód więzadło wraz z jajowodem strony lewéj w środku podwójnie, przepalono Paquelinem i tak wyjęto jajnik lewy. Następnie przystąpiono do odłuszczenia całego jajnika prawego wraz z torbielem i dokonano go z trudnością, gdyż w obec silnych i krótkich zrostów tylko z pomocą noża, nożyczek i odpowiednich podwiązek można było obrzęk ten oddzielić od części sąsiednich. Usiłowano odłuszczyć go również i od kiszki; zrost jednak był tak silny, że musiano odpowiedni kawałek ściany kiszki wyciąć wraz z nowotworem a powstały ubytek zaszyć sposobem Czernego podwójnym szeregiem szwów jedwabnych. Tak odłuszczony obrzęk wiszący teraz tylko na więzadłach jajniko-macicznych odcięto w ten sam sposób jak po stronie lewéj. Obie szypułki przypalone Paquelinem posypano nieco jodoformem i zostawiono w głębi jamy brzusznéj. Po oczyszczeniu dokładném jamy otrzewnéj zaszyto ranę trzema płytkowemi a pięcioma rezerwowemi szwami a brzegi skóry saméj szwem kuśnierskim. Ranę tak zaszytą posypano jodoformem, przykryto gazą jodoformową i sporą warstwą waty Brunsa i zaciśnięto opaską uciskową. Operacyja trwała $2^3/_4$ godzin. Obrzęk wyjęty z jajnikiem prawym jest torbielem dermoidalnym i waży przeszło pół kilogr.

Nim przystąpię do opisania przebiegu następowego

chcę w celu uniknięcia powtarzania omówić naprzód komplikacyję, która w ciągu całego przebiegu następowego utrudniała wielce sprawę leczenia. Zkąd pochodziły bóle na wstępie wspomniane, trudno na pewno orzec; prawdopodobnie odnieść je należy pierwotnie do zmian w jajnikach, tém więcéj, że śród operacyi przekonano się, iż oba jajniki były wraz z otaczającemi więzadłami skręcone około swéj osi, co łatwo sprawiać mogło ból przez ciągnienie nerwów. Ponieważ jednak po operacyi bóle te nie ustępowały, a jak widać z przebiegu, późniéj występować zaczęły w inném miejscu, tj. w górnych częściach brzucha, przeto może więcéj prawdopodobném byłoby odnieść przynajmniéj te bóle, które chora już po operacyi przez cały czas leczenia następowego uczuwała, do histeryi, którą w ciągu leczenia stwierdzono, a po części i do morfinizmu, gdyż nie ulega wątpliwości, że przybywszy już do zakładu pacyjentka bardzo była przyzwyczajoną do morfinu. Rozumie się, że w obec tak ciężkiéj operacyi, w obec niepewnéj prognozy, ani histeryja ani morfinizm nie mogły być przedmiotem leczenia. Przeciwnie, stan choréj mógł tylko przyczynić się do tém gwałtowniejszego rozwoju obu tych cierpień. Pacyjentka co kilka, często co parę, godzin uczuwała silny ból początkowo w dolnych i środkowych, późniéj od ósmego dnia po operacyi w górnych częściach brzucha rozpromieniający się w około do części sąsiednich. Bólowi temu towarzyszył krzyk częsty a urywany, płacz lub śmiech spazmatyczny, drganie mimowolne mięśni twarzy obok zupełnéj przytomności choréj, a te przypady, często nerwowe, występowały czasem i bez bólu tylko po irytacyi jakiejś, do czego bardzo często błachy powód wystarczał. Bóle te zarówno jak i opisane napady nerwowe występowały nagle, i jeśli natychmiast nie wstrzyknięto choréj morfinu, potęgowały się coraz więcéj, co bardzo utrudniało gojenie się rany. Mniejsze dawki morfinu od 0·01—0·02 były już z początku bezskuteczne, mimo, że chora sądziła, że są o wiele mocniejsze; musiano więc używać dawek silniejszych, tak że dzienna ilość chlorku morfinu wstrzykniętego podskórnie wynosiła od 0·10 do 0·60 grm. Największych dawek potrzebowała chora w dniu 3im i 4ym po operacyi. — Od 14 dnia po operacyi, kiedy stan zaczął się polepszać, zaczęto zmniejszać dawkę morfinu coraz więcéj, tak że w końcu ilość morfinu wstrzykniętego dziennie nie dochodziła 0·10 grm.

Zaraz w parę dni po operacyi wystąpiły objawy świadczące o silném zadrażnieniu otrzewny. Lecz silne bóle, jakich chora doznawała, obok wspomnianych wyżéj objawów (bębnica, bolesność, czkawka itd.) i dość znacznie podwyższonéj ciepłoty kazały koniecznie obawiać się już nie silnego zadrażnienia lecz wyraźnego zapalenia dolnych części otrzewny, choć zachowano wszystkie ostrożności, jakie dzisiejszy stan nauki o antyseptyce nakazuje. Do tego dodać należy, że już od pierwszych dni po operacyi występować zaczęły coraz wyraźniéj objawy niedrożności jelit, a w dniu 12ym po operacyi spotęgowały się do wyraźnego *Ileus*, powstałego najprawdopodobniéj z powodu zlepienia się pętli kiszek cienkich, który dopiero po parodniowém leczeniu (bezkrwawém: Hegary drażniące, elektryzowanie itd.) całkiem ustąpił. Równocześnie ustąpiły téż i objawy zadrażnienia otrzewny, a pozostałe co kilka godzin występujące bóle napadowe można było w obec braku wszelkiéj racyjonalnéj przyczyny odnieść dopiero do histeryi i morfinizmu.

Co do gojenia się rany dodam tu, że w dniu ósmym po operacyi po raz pierwszy zmieniono opatrunek i rozcięto szwy płytkowe bez wyjmowania drucików. Rana była wówczas dobrze *per primam* zrośniętą. W obec jednak bębnicy, bólów i niepokoju choréj, w paru dniach następnych rozeszły się nieco brzegi rany w części dolnéj, w skutek czego część ta goiła się nieco dłużéj w drodze granulacyi.

W sześć tygodni po operacyi pacyjentka opuściła zakład z raną całkiem zabliźnioną i dotąd jest zupełnie zdrową zaniechawszy wstrzykiwań morfinu.

Pacyjentka była u Dra Jordana w pierwszych dniach września rb. z relacyją, iż począwszy od kwietnia rb. miesiączkuje regularnie co 4 tygodnie. Krew odpływa w miernéj ilości podobnie jak przed operacyją [1]). Przez badanie żadnéj nie skonstatowano choroby macicy oprócz lekkiego kataru.

2) M. P., l. 26 z Galicyi. Torbiel wielokomórkowy jajnika prawego.—Owaryjotomija,—wyleczenie. (Ordynaryjusze prof. Dr. J. Mikulicz i prof. Dr. M. Madurowicz).

Oprócz długotrwałéj blednicy nie przebywała cięższych chorób. Regularność wystąpiła po raz pierwszy w 17ym roku życia i odtąd bywa w zwykłych okresach z miernemi bólami krzyżów do chwili obecnéj. Przed czterema laty przebyła łatwy poród, poczém po paru tygodniach już wstała. Przed paru laty przebyła zapalenie kiszek (?).—Przed 7ma miesiącami cierpiała na silny ból w dolnych częściach brzucha, któremu towarzyszyła gorączka. Cierpienie to ustąpiło po tygodniu bez leczenia. Obecność guza w brzuchu spostrzegła dopiero przed 4ma miesiącami i odtąd guz ten rósł bardzo szybko nie sprawiając choréj bólu, lecz upośledzając dość znacznie oddawanie stolca. Na tydzień przed operacyją chora miała znów bóle dolnych części brzucha i nieco gorączki, które po paru dniach minęły. W dzień przed operacyją chora przedstawia stan następujący: Dość dobrze zbudowana i odżywiona. Ciepłota i tętno prawidłowe. Niedokrewność miernego stopnia. Organa klatki piersiowéj bez zmian. Brzuch tylko w dolnych częściach, zwłaszcza po stronie prawéj miernie wzdęty. Wymiary jego wynoszą od spojenia łonowego do pępka 18 cm., od pępka do *spina ant. sup. sin.* 20 cm., od pępka zaś do *spina ant. sup. dextra* 24 cm. W zagłębieniu kości łonowéj prawéj napotykamy przy obmacywaniu w głębi guz wielkości dwóch głów dziecka, o powierzchni nieco guzowatéj, konsystencyi twardéj, miejscami miększéj, gładki, ruchomy ku górze i środkowi brzucha, niebolesny. Badanie przez pochwę stwierdza, że guz ten zajmuje jajnik prawy i jest ruchomym w kierunku pionowym.

Po zwyczajném przygotowaniu przystąpiono do operacyi: otworzono jamę brzuszną cięciem od spojenia łonowego do pępka i przekonano się, że guz zajmuje jajnik prawy (lewy zdrów), wisi na szypułce wychodzącéj z więzadła szerokiego prawego; zrostów nie ma. Szypułkę tę ujęto w klamry i odcięto cały guz powyżéj klamer; następnie podwiązano ją w czterech partyjach *en masse* poniżéj klamry i przepalono Paquelinem między temi podwiązkami a klamrą. Mierną ilość płynu surowiczego wymaczano z jamy brzusznéj gąbkami, poczém oczyściwszy otrzewnę i wpuściwszy przypaloną szypułkę w głąb jamy brzusznéj, zaszyto ranę trzema szwami płytkowemi, sześcioma rezerwowemi i kuśnierskim. Opatrunek uciskający. Wyjęty torbiel jajnikowy waży blisko 4 kilogr. Operacyja trwała blisko dwie godziny.

Pacyjentka wkrótce po przebudzeniu miała nudności i

[1]) Ciekawe to zjawisko, że mimo wycięcia obu jajników występuje nanowo regularność, konstatuje między innymi i Hegar, gdyż z pomiędzy 71 jego przypadków 6 pacyjentek miesiączkowało mniéj lub więcéj regularnie.

wymioty; podawano lód i wodę z lodu. Ciepłota wieczorna 37°C., t. 96. Z powodu bólu piekącego w ranie i krzyżach 0·01 grm. morfinu podskórnie. Spała w nocy dość dobrze. W dalszym przebiegu ciepłota nie doszła nigdy 38·°C., tętno nie przechodziło 96 i było dobre. Komplikacyj, — prócz lekkiego zadraźnienia szyjki pęcherza cewnikiem wprowadzanym dwa razy dziennie w kilku pierwszych dniach, które rychło ustąpiło,—nie było żadnych. W dziewięć dni po operacyi pierwsza zmiana opatrunku: rana zgojona dobrze *per primam*; wyjęto wszystkie trzy szwy płytkowe. W 13 dni po operacyi wyjęto i szwy rezerwowe; rana sucha dobrze zgojona. Wkrótce wyjęto i szew kuśnierski, a w dniu 20ym po operacyi chora pierwszy raz wstaje. Wreszcie w 27 dni po operacyi wystąpiła znowu regularność a w dwa dni póżniéj pacyjentka opuścila zakład zupełnie wyleczona.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler[1]).

Dzięki badaniom wielu specyjalistów na têm polu patologija i terapija nosa staje się coraz więcéj i obszerniéj rozpoznawaną i znaną, to też moi Panowie, chcąc zadość uczynić życzeniu na ostatniêm Zebraniu wyrażonemu, a nie pragnąc Panów długim wykładem znużyć, starać się będę jak najtreściwiéj zadanie me przedstawić. Dotykając tylko rzeczy więcéj znanych albo też mniéj zajęcia budzących, obszerniéj rozwiodę się, gdzie nauka znaczniejsze porobila postępy, albo gdzie choroby nosa wpływ ważny na inne części ustroju wywierają.

Literatura dzieł obszerniéj o chorobach nosa traktujących wzrasta z każdym rokiem. Najnowsze a znakomite dzieło dał nam Morell Mackenzie z Londynu, które językowi niemieckiemu przyswoił Semon (*Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie, deutsch vonDr. F. Semon.* Berlin 1884). Tłumaczenie to wyszło w roku 1884 u Hirschwalda, a jest częścią wielkiego dzieła o chorobach gardła i połyku. Z dawniejszych wspomnę: *Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes* Michela z Kolonii, znakomitego rinologa, jak i Voltoliniego z Wrocławia, daléj Bresgena z Frankfurtu n./M. Znakomite monografije zawdzięczamy Hackowi z Fryburga, Michaelowi z Hamburga, Schäfferowi z Bremy, Schmidtowi z Frankfurtu, Fauvelowi z Paryża, Fränklowi z Berlina i wielu innym. Literaturę naszą wzbogacił Jurasz, Hering z Warszawy i kilku innych mniejszemi a dobremi rozprawami. Rydygier w ostatnich tygodniach w Chirurgii swéj (Podręcznik chirurgii szczegółowéj Dra L. Rydygiera. Z. I, Poznań 1884) dotyka obszerniéj chorób nosa, o ile one chirurga obchodzą, a część ta jego dzieła napisana z wszelką znajomością rzeczy. Do druku przygotowuje się dzieło większe Pieniążka z Krakowa: Choroby gardła i nosa.

Nie miejsce tu i czas po temu zajmować łaskawych słuchaczy nauką o sposobach badania jam nosowych, nie mogę jednakże powstrzymać się od przyjemności pokazania wziernika podanego przez Jurasza (Kronika Lekarska Nr. 10, 1880), jako narzędzia najdogodniejszego. Wśród licznych bowiem i jak to zwykle bywa zachwalanych, do tego celu służących narzędzi, narzędzie prof. Jurasza odznacza się nie tylko dobrocią, ale i prostotą. Dwa dubeltowe druty zgięte w haczyk, które w potrzebie z dubeltowéj szpilki sporządzić sobie możemy, umożebniają nam dokładne zbadanie jam nosowych. Z przyjemnością daléj zaznaczyć mogę, że inwencyję tę rodaka naszego spotkałem w ręku wielu rinologów.

Najzwyczajniejszą chorobą nosa jest nieżyt ostry. Rozmaite przyczyny składają się na wywołanie tego zapalenia a przedewszystkiêm zmiana temperatury. Jak bowiem z jednéj strony wystawienie zwłaszcza odnóg dolnych na zbytnie zimno wywołuje przekrwienie błony śluzowéj, tak z drugiéj strony nadmierna ciepłota pokoju stan ten sprowadza. Wszelkie błonę Schneidera drażniące rzeczy sprawiają także przekrwienie i wzmocnione wydzielanie śluzu a do tych i wymiotnicę i widłak zaliczyć wypada, choć tu pewną idyjosynkrazyję przypuścić musimy. Urazy zewnętrzne nosa wywołują nieżyt a znany także katar z jodu. Nie odkryto jeszcze dotąd żadnych prątków ani mikrokoków, któreby nieżyt sprowadzały, natomiast w ostatnim czasie napotykamy w odnośnéj literaturze więcéj wzmianek i obszerniejszych rozpraw o tak zwanéj febrze ze siana, *Heufieber*, *catarrhe de foin*, *Hay-fever and asthma*, albo też o tak zwanym katarze latowym. Rzecz to mniéj znana, u nas mniéj spostrzegana, ztąd kilka słów jéj poświęcam.

Nieżyt ostry i dychawica, którą pod mianem febry ze siana spostrzegamy, pojawia się nagle. Chory uczuwa nagle wielkie świerzbienie i ból w nosie i oczach, rozchodzący się czasem aż w połyk i na podniebienie. Liczne napady kichania z wydzielaniem śluzu przemijają szybko, aby pozostawić po sobie zupełne zatkanie nozdrzy, wyciekanie łez po policzkach, ból szczypiący na spojówce i często światłowstręt, opuchnięcie powiek. Wydzieliny z nosa i oczu stają się już teraz prawie ropiastemi. W tym okresie ból nerwowy staje się czasem bardzo mocnym, chory gorączkuje, a gorączka podnosi się, skoro i pokrzywka przystąpi, co się dość często zdarza. Stan ten trwa ciągle albo z przerwami kilka godzin lub dni, przechodzi w wyzdrowienie, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu. Do tego jednak przystępuje czasem i zjawia się samoistnie dusznica, któréj wystąpienie znamionuje wydzielanie lepkiego śluzu, często bardzo w wielkiéj ilości. I dychawica ta trwa kilka godzin lub dni, w miarę jak długo chory narażony jest na szkodliwość. Napady przychodzą zawsze za dnia, co dla rozróżnienia jest ważne, a mijają także i z zupełnêm wyzdrowieniem.

Już od dawna, bo od r. 1819, rozmaite podawano przyczyny téj choroby; światło mocne słońca, gorączka, kurz, kwas będźwinowy, kumarynę, nadmiar ozonu, natężenie wielkie. W ostatnim czasie dopiero Blaskley (*Hay-fever* Londyn 1880) udowodnił, że stan ten wywołuje pyłek, i to pyłek z kwiecia traw, zboża. Dwa przypadki znane wywołane zostały pyłkiem z kwiecia róż. Ponieważ jednak milijony ludzi na to niebezpieczeństwo jest wystawionych, a tylko mała część ulega mu, to też słusznie przypuszczono pewną idyjosynkrazyję. Usposabia już chorobliwy stan błony śluzowéj nosa, daléj ustrój tak zwany nerwowy, lepsze wychowanie i byt; łatwiéj choroby téj nabawiają się mieszkańcy miast, przeważną liczbę chorych stanowią mężczyźni. Udowodniono daléj i pewną dziedziczność. Najliczniejsze przypadki zdarzają się między Anglikami, czy to w Anglii, czy też w Ameryce. Nie wątpię jednak, że i u nas liczniéj się te przypadki znajduje, że jednak mniéj są spostrzegane i badane. Około Zielonych świątek często bardzo można spotkać ludzi z mocniejszym katarem, niechybnie wywołanym przez pyłek kwiecia żyta i pszenicy. Wiadomo zresztą, że i Helmholtz

[1]) Odczyt miany 19 grudnia 1884 na Walnêm Zebraniu Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

(*Archiw Virchowa* Luty 1869) podlegał téj chorobie, a czynny bardzo rinolog Hack z Fryburga liczniejsze jéj przypadki spostrzegał i leczył. On też to zwrócił obecnie uwagę na to, że nieżyty chroniczne, zwłaszcza przy zwiększonych muszlach, do choroby téj skłonniejszymi czynią — polecając niszczenie muszli, leczenie nieżytu, aby tym sposobem od powrotu przykréj téj choroby uwolnić.

Jako najważniejsze wskazanie lecznicze pozostaje usunięcie chorego od wystawiania się na pyłek kwiatów a skoro to niemożebne, trzeba nos tamponować, aby tym sposobem zagrodzić wejście. Lennox Browne *(Brit. med. Journal* 21. 6. 1884). poleca, w skutek doświadczeń tegorocznych, maść z nastoju eukaliptu z wazeliną, którą się w nos wprowadza.

Nieżyt przewlekły nosa dzielimy na: 1. nieżyt prosty, 2. nieżyt z przerostem, 3. nieżyt z zanikiem. Jak z ostrego nieżytu wytwarza się z czasem przewlekły, tak ze zwyczajnego przewlekłego wyłaniają się i dwie następne formy w dalszym przebiegu téj sprawy chorobowéj. W katarze chronicznym zwykłym jest wypływ z nosa cienkim, często nawet i ropiastym, błona śluzowa nie podlega w swéj budowie żadnym zmianom, dopiero z czasem grubieje i staje się wiotką, co najlepiéj uwydatnia się na muszlach. Wydzieliny przybierają większe rozmiary, a stają się gęstemi i ciągnącemi się. Tę formę oznaczamy jako przerostową, a w niéj i subjektywne dolegliwości stają się przykremi. Nos stale, a przynajmniéj w większéj części dnia i nocy, jest zatkany, oddech utrudniony, mowa nosowa. Muszla dolna powiększa się bardzo, dotykając często przegrody nosowéj. Przy badaniu zaś nosa z tyłu przedstawia się jako bryłka biaława, nozdrza zamykająca. Temu stanowi towarzyszy często zapalenie połyku a późniéj i krtani. Forma ta nieleczona daje podstawę do formy następnéj — zanikowéj.

Nim do bliższego określenia téj trzeciéj formy dojdę, muszę znów szczegółowiéj rozwieść się nad przypadami, wywoływanemi przez namieniony przerost, zwłaszcza muszli. Kohlrausch (*MülleraArchiv.* 1859, str. 149), udowodnił, że muszle dolne i średnie pokryte błoną śluzową mają na sobie tkankę, wyprężającą się, zupełnie jak prącie, łechtaczka i brodawki piersiowe. Dalsze w téj mierze dokładne poszukiwania zawdzięczamy Steinbrüggemu (*Zeitschrift für Ohrenheikunde VIII.*), otologowi z Heidelberga. Miałem sam sposobność widzenia znakomitych preparatów mikroskopijnych, w których zatoki jamiste dokładnie rozpoznać było można. Podrażnienie nosa, przerost błony śluzowéj pobudza do stałego prawie wznoszenia się muszli, która znów w stanie wyprężenia przez sploty nerwowe wywołuje rozmaite przypady, nawet w częściach ciała daléj od nosa odległych. Cztery te zresztą organa naprężające się w ustroju ludzkim są ze sobą związane przez ruch zwrotny. Wiadomo, że tarcie brodawki piersiowéj miłe wywołuje uczucia w łechtaczce, tak samo znów z drugiéj strony onanizm wzbudza muszle do wznoszenia się — a onanizm chroniczny, pociąga za sobą chroniczne zwiększenie muszli, chroniczny nieżyt przerostowy a za nim stałe zgrubienie nosa. Ztąd też to onaniści odznaczają się nosem w rozmiarach swych spotęgowanym. W przypadku Romberga *(Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitäts- neurosen. str.* 426) młody człowiek dostał mocnych napadów kichania, skoro tylko lubieżne nachodziły go myśli.

Wyprężanie się muszli nadmierne wywołuje jako objaw podmiotowy zatkanie nosa, a ponieważ uczucie zatkania pojawia się w niektórych chorobach, naprowadziło to Hacka z Fryburga (*Wiesbaden* 1884,) do szczegółowych badań w tym kierunku. W patologii nosa epokę stanowi dziełko tego autora: *Uiber eine operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migraene, Asthma, Heufieber, sowie zahlreicher vewandter Erscheinungen.* z wszech miar bardzo godne czytania, z którego krótko tu tylko sprawę zdać mogę. Wnioski swe poparte skuteczną terapiją wysnuwa z następnéj tezy: „Można udowodnić, że z naprężonych muszli często nerwowe podrażenia w najrozmaitszych częściach ciała biorą początek. Jesteśmy je w stanie doświadczalnie z tych miejsc pobudzić, a znikają zawsze, skoro namienione części usunięte zostały". Do takich nerwowych objawów, wywoływanych nagłém a nadmiernêm wyprężeniem się muszli zalicza: 1) Zmorę i nerwową astmę. Pierwsza polega na kurczu głośni wdechowym, druga na wydechowym. Nie wyklucza jednak przytém i innych powodów tych przypadłości. 2) Kaszel, kurczowy, suchy, czasem z małą ilością plwocin, w napadach wracający. Spostrzeżenie to potwierdził i Sommerbrodt, opisując odnośny bardzo ciekawy przypadek. 3) Migrenę, któréj 30 wyleczonych przypadków podaje. 4) Nerwoból nadoczodołowy. Podaje dwa tylko przypadki zbadane i uleczone, a twierdzi, że częściéj newralgija ta w ten sposób powstaje, têm więcéj w tych razach, w których utarcie nosa, kichnięcie, ból pobudza. Ztąd też kilku newrologów nieżyt jamy czołowéj jako przyczynę téj choroby podawało, podczas gdy Zuckerkandel (*Wiener med. Jahrb.* 1880. 88), udowodnił, na podstawie 150 sekcyj, że jama ta najrzadziéj chorą się okazuje. Zresztą dwa te przypadki w ogóle zasługują na uwagę, aby przyczyny bolesnéj téj choroby częściéj w muszlach szukano, tak jak i innych newralgij nerwu troistego. W jednym przypadku po zniszczeniu muszli nawet i obawa przed większą otwartą przestrzenią, tak zwana agorafobija, ustąpiła, tłumaczy to jednakże jako objaw psychiczny. 5) Nabrzmienie i zaczerwienienie skóry nosa i policzków. Mianem têm oznacza naczynio-odruchowe zapalenie skóry, które często za różę uważają. Braknie temu stanowi przedewszystkiem dwóch najznaczniejszych objawów róży, a mianowicie szerzenia się i prątków. Co dzień, czasem rzedziéj, czasem i częściéj, nagle nos nabrzmiewa, staje się czerwonym a stan ten przechodzi zwykle zaraz i na lica, — to trwa krótko, czasem jednak i trzy dni. Chory uczuwa mocne prężenie i palenie. Nerwica ta odruchowa pochodzi także z wyprężonéj muszli, a po usunięciu ciałek wznoszących się, niknie niepowrotnie. Spostrzeżenia te stwierdziłem w ostatnich tygodniach u dwóch panien, które stan ten od wszelkich stosunków towarzyskich odłączał. 6) Omdlewania, które najwięcéj pojawiają się z rana. 7) Epilepsyja. Hartmann i Loewe stwierdzili zdanie Hacka. 8) Nerwica z wydzielinami pomnożonemi (*secretorische Neurose*), objawiająca się przez znaczny wypływ surowiczego płynu z napadami kichania, przy uczuciu zatkanego nosa. — Daléj jeszcze podaje, że i ból zębów często powstaje przez namieniony stan, tak samo i plama migocąca w oku, czego jednak nie udowodniono. (C. d. n.

Emmerich: **O przyczynach dyfteryi u ludzi i gołębi.**
(Według wykładu mianego na Kongresie międzynarodowym w Kopenhadze).

Pobudką do zajęcia się dyfteryją było polecenie, które E. otrzymał od Rządu bawarskiego, aby zbadał przyczyny téj choroby w jednym domu, w którym choroba ta pochłonęła pięcioro dzieci jednéj rodziny. Aby więc grzybki dyfterytyczne

wykazać poza ustrojem ludzkim, starał się przedewszystkiém rozstrzygnąć, czy prątki znalezione przez Dra Löfflera są przyczyną dyfteryi i przyszedł do zupełnie innego przekonania. Podczas gdy sam Löffler pozostawił nierozstrzygniętém to pytanie dla grzybków przez siebie znalezionych, E. udało się znaleźć w błonach śluzowych uległych sprawie dyfterytycznéj i w samych błonach wypocinowych, grzybki identyczne u ludzi i gołębi, które wywoływały u zwierząt niemi szczepionych typową dyfteryję. Kształt tych grzybków jest charakterystyczny, sąto krótkie grube prątki najwięcéj 2 razy tak długie jak szerokie. Na dowód, że to są właśnie prątki dyfterytyczne, odwołuje się autor do spostrzeżenia Kocha, który znalazł w nerce człowieka zmarłego z dyfteryi pęcherza zupełnie takie same bakteryje, jak się okazuje z przedstawionych członkom Zjazdu fotogramów.

E. kładzie szczególny nacisk na to, że bakteryje wywołujące proces dyfterytyczny u ludzi, są zupełnie identyczne z bakteryjami, które się znajdują u gołębi tą chorobą dotkniętych. Jeżeli więc objawy dyfteryi u ludzi i zwierząt przedstawiają pewne różnice, to te przypisać należy odmiennemu utkaniu błony śluzowéj tych ostatnich. Zresztą choroba ta ma tę właściwość, że nagabuje przedewszystkiém młode osobniki ludzkie i zwierzęce.

Ponieważ oddawna spostrzegano przypadki dyfteryi u bydła rogatego, psów i ptactwa i przeniesienie téj choroby ze zwierząt na ludzi i odwrotnie, nie ulegało przeto wątpliwości, że przyczyna wywołująca chorobę jest swoistą, polegającą na mnożeniu się tego samego przyrzutu. Odpowiednio do tego bardzo łatwo udawało się E. wywoływać u zwierząt wspomnianych dyfteryję przez zaszczepianie samych grzybków, które sam wyhodował metodą Kocha.

U 12 królików, 8 gołębi i wszystkich białych myszy, którym szczepiono grzybki dyfterytyczne z człowieka lub gołębi, znalazł E. grzybki te nietylko w błonie wypocinowéj i błonie śluzowéj, ale także we krwi i narządach wewnętrznych, a szczególnie w nerkach. Lecz częściéj zawarte są one we krwi w tak małéj ilości, że ich pod drobnowidem wykazać nie można.

Doświadczenia E. zdają się nie pozostawiać żadnéj wątpliwości co do przyczyny wywołującéj dyfteryję, tém bardziéj że i daty epidemijologiczne z niemi się zgadzają.

Godném uwagi jest przypuszczenie E., że najczęstszém siedliskiem przyrzutu dyfteryi jest ziemia i ztąd ptactwo, które na ziemi szuka pokarmu, jak gołębie i kury, najczęściéj ulega téj chorobie. W mieszkaniach przyrzut dostaje się między szparami pod podłogę i tém tłumaczy E. przypadek opisany w sprawozdaniu lekarskiém Królestwa bawarskiego: w małym pokoiku, przytykającym do dzwonnicy zachorowało troje dzieci na dyfteryję, które następnie pomarły. Mieszkanie poddano ścisłéj desinfekcyi, ściany zeskrobano i wybielono, podłogę starannie wymyto. Pomimo tego, kiedy w przeszło dwa tygodnie potém zajęła to mieszkanie inna rodzina, wszyscy jéj członkowie ulegli téj chorobie.

Również i wykazy statystyczne z różnych miast niemieckich okazują, że dyfteryja wzmaga się najwięcéj w tych miesiącach, w których ludzie zmuszeni są przebywać w mieszkaniach opalanych. Krieger wykazał, że w pewnéj wsi koło Strassburga najwięcéj srożyła się, choroba w tych mieszkaniach, w których panowała najwyższa ciepłota. E. kończy wreszcie uwagą, że znając nieprzyjaciela łatwiéj będzie można znaleźć sposób pokonania go; co najprędzéj da się uskutecznić w początkach choroby, kiedy ta jest jeszcze sprawą miejscową, a szukanie środków zaradczych jest tém więcéj dla dyfteryi pożądaném, o ile że choroba się powtarza u tego samego człowieka, a więc o skuteczności szczepienia ochronnego w téj właśnie chorobie już z góry powątpiewać należy. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 38). *Dr. Otto.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

XI. zwyczajne posiedzenie z dnia 6 grudnia 1884.

Przewodniczący Dr. Widmann. Członków obecnych 21.

Kol. Merunowicz podaje do wiadomości Sekcyi, że wdowa po kol. Szeparowiczu ofiarowała pozostały po tymże bardzo cenny zbiór książek (około 130 dzieł w 200 tomach) biblijotece Tow. lek. gal. i wnosi, aby dar przyjąć a pani Szeparowiczowéj wyrazić publicznie podziękowanie w organie Tow. lek. gal., co Zgromadzenie jednomyślnie postanowiło.

Kol. Różański oznajmia, że mu się właściwie nie należy podziękowanie uchwalone na IX posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. za starania około nabycia i przejścia książek po kol. Raspie pozostałych na własność biblijoteki Tow. lek. gal., albowiem pośredniczył tylko w téj sprawie pomiędzy Protomedykiem a rodziną po kol. Raspie.

Z porządku dziennego następuje wykład kol. Krówczyńskiego: O zapaleniu tryprowém pęcherza. Ponieważ wykład będzie ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim, nie podajemy nawet streszczenia jego, ograniczając się do podania tego, co dla zrozumienia dyskusyi jest niezbędne. Prelegent za przykładem Guyona leczył zapalenie tryprowe pęcherza wkraplaniem rozczynu azotanu srebra (1 na 50) do pęcherza i otrzymywał nader zadowalające wyniki, a stanowczo lepsze niż leczeniem zazwyczaj używaném. Jedyną ujemną stroną tego sposobu leczenia jest ból, który jednak chorzy chętnie znoszą, przekonawszy się o skuteczności postępowania.

W dyskusyi kol. Ziembicki potwierdza, że wyniki leczenia zapalenia pęcherza wkraplaniem rozczynu azotanu srebra są zadowalające, jak to widział u Guyona i podniósł zarazem, że może godziłoby się w uporczywych przypadkach doświadczać rozszerzania szyjki pęcherza. — Kol. Tatarczuch interpeluje prelegenta, na jakiéj podstawie rozróżnia zajęcie szyjki pęcherza od właściwego zapalenia pęcherza, opierając się przedewszystkiém na oddziaływaniu moczu, który w obu przypadkach może być kwaśny. — Kol. Różański mimo sympatyi dla azotanu srebra, uważa antibakteryjne leczenie jako najracyjonalniejsze, a metodę Guyona uważa jako rzecz wcale nienową. — Prelegent w odpowiedzi podaje, że nigdy nie używał rozszerzania szyjki pęcherza; przypomina, iż jako regułę uważają zgodnie wszyscy autorowie, że obok zajęcia szyjki pęcherza jest mocz kwaśny, a w zajęciu pęcherza alkaliczny, ale jak każda reguła ma wyjątki, tak i powyższa. Metodę Guyona uważa sam twórca jéj jako rzecz nową i to z wszelką słusznością, jakkolwiek nie przeczy, że przed nim używano azotanu srebra *in substantia*. Nie przecząc, że przyczynowe leczenie jest najracyjonalniejsze, twierdzi prelegent, że wkraplaniem rozczynu azotanu srebra otrzymuje lepsze wyniki niż przez przepłukiwanie antibakteryjnemi środkami, a to według twierdzenia Guyona przedewszystkiém dla tego, że unikamy rozszerzenia pęcherza, koniecznego następstwa przy płukaniu pęcherza. Zresztą dzisiejszy stan nauki nakazuje więcéj opierać się na doświadczeniu, aniżeli na teoryi, która w najbliższéj przyszłości może uledz zmianie, podczas gdy prawdziwe spostrzeżenie doświadczeniem stwierdzone, zawsze prawdziwém i niezmienioném pozostanie. *Dr. Wiktor.*

VII. Listy z „Zachodniego kraju".

IV.

W dzisiejszym moim liście postaram się przedstawiony

przed tém stan zdrowotny ludności 9 gubernij zachodnich poprzeć statystycznemi średniemi liczbami z lat ostatnich zaczerpniętemi ze sprawozdań urzędowych Departamentu medycznego. Obok całéj trudności, jaką przedstawia zbieranie tego rodzaju liczb, statystyka układana przez władze bez zainteresowania się najczęściéj samą sprawą do pewnego stopnia tylko zasługuje na wiarogodność, tém bardziéj, że wszędzie jeszcze mogą grać rolę i poboczne wpływy, które należy uwzględnić, jak naprzykład, że procent śmiertelności może być znacznie wyższym od zwykłego, gdyż w latach ostatnich w wielu gubernijach, a szczególnie w południowo-zachodnich, panowały choroby zrządzające znaczny ubytek wśród ludności: dur i błonica. Oto jak przedstawia się procent śmiertelności w każdéj gubernii: Kowieńska 2,32%, Wileńska 2,50%, Witebska 2,52%, Grodzieńska 2,52%, Mohylewska 2,55%, Mińska 2,85%, Wołyńska 3,02%, Kijowska 3,05%, Podolska 3,20%. Ztąd widzimy, że ludność w najlepszych zdrowotnych warunkach znajduje się w gubernii Kowieńskiéj, a śmiertelność w gubernijach najbogatszych i gdzie ludność najzamożniejsza, a mianowicie w Kijowskiéj i Podolskiéj, dochodzi do cyfr najwyższych. Przyczyną tego jest niski stan moralności w tych gubernijach pomiędzy ludem, gdzie nałóg pijaństwa więcéj rozwinięty niż w innych, a oprócz tego i wpływ epidemij przez lat parę, który tam śmiertelność znacznie powiększył. Zajmujące szczegóły procentowe co do chorych udających się o poradę lekarską wykazują cyfry następujące, lecz, że statystykę chorych zwykle lekarze nasi układają na pamięć odpowiadając na wezwanie urzędów lekarskich, dla tego nie może ona mieć naukowéj wartości, szczególnie w kraju zachodnim, gdzie ambulatoryjum odbywa się w prywatnych mieszkaniach lekarzy, a nie tak jak w ziemstwach gub. wielkorosyjskich, gdzie są tak zwane „prijemnyje“ (sale przyjęcia) w pewnych punktach miejscowości, dokąd się ludność chora udaje dla porady lekarskiéj, i gdzie kontrola jest możliwszą.

	Liczba chorych udających się o poradę lek.	Procent ludn. w gubern.
Wileńska	14,629	1,3
Witebska	64,902	6,5
Grodzieńska	33,202	2,7
Kijowska	71,787	3,1
Kowieńska	59,323	4,4
Mińska	18,117	1,3
Mohylewska	8,621	0,8
Podolska	45,267	2,2

Cyfry przytoczone tak znacznie różnią się w każdéj gubernii, że mało zasługują na wiarę. I tak naprzykład największy procent leczącéj się ludności przedstawia gubernija Witebska (6,5%) a najmniejszy sąsiednia z nią gubernija Mohylewska (0,8), trudno zaś przypuścić, aby ludność dwóch gubernij sąsiednich, żyjąca prawie w jednych i tych samych warunkach i mająca jednostajny poziom umysłowego rozwoju, tak różniła się co do zwyczajów.

W gubernijach wielkorosyjskich cały ciężar utrzymania szpitali i służby zdrowia spada na gminy, w 9 gubernijach zachodnich, nieposiadających ziemstw, asygnuje się corocznie na ten cel suma z tak zwanego guberskiego ziemskiego zboru od 12 do 54 tysięcy rubli, stosunkowo do obszaru gubernii i gęstości jéj zaludnienia, na potrzeby zdrowotne ludności wiejskiéj. Oprócz tego dla tych gubernij corocznie przeznaczaną bywa suma wypłacana z „prikazów obszczestwiennaho prizvenja“, a mianowicie od 15 do 125 tysięcy rubli na utrzymanie szpitali według ilości etatowych łóżek po szpitalach. Ilość jednakże łóżek nie odpowiada ściśle potrzebom ludności w każdéj miejscowości. Przy braku zaufania do szpitali włościanin do niego udaje się chyba w ostateczności, jak naprzykład dla jakiegoś rękoczynu, lub po jakiémś ciężkiém uszkodzeniu, co miewa najczęściéj miejsce latem w czasie robót polnych. W czasie zdrowym zwykle łóżka są po szpitalach nieraz w połowie tylko zajęte, a podczas epidemii, ilość łóżek bywa podwajana. W latach ostatnich ilość szpitali i łóżek w kraju zachodnim przedstawia się w następujący sposób:

Gubernije	Ilość szpitali	Ilość łóżek
Wileńska	20	873
Witebska	30	599
Wołyńska	27	531
Grodzieńska	27	603
Kijowska	25	700
Kowieńska	20	540
Mińska	25	659
Mohylewska	22	355
Podolska	68	746
	średnia liczba	
Ogólna liczba szpitali	264	łóżek 5,606

Daty te wykazują, że następujące choroby są najczęstszemi: Choroby weneryczne, zimnica, gorączki katarowe, reumatyzm, dur, zapalenie płuc i opłucny, katary dróg oddechowych, choroby oczu, rany charłaczne, grużlica, pomięszanie zmysłów, obrażenia, choroby organiczne dróg oddechowych, choroby miejscowe organów płciowych, zapalenie krtani, chroniczny nieżyt kiszek, wodna puchlina, apopleksyja i porażenia pijaństwo. Inne choroby po szpitalach stanowią mniej niż ½ procentu.

Co się tyczy śmiertelności po szpitalach to ona w zachodnich gubernijach przedstawia się jak następuje:

Wileńska 9,0, Witebska 5,8, Wołyńska 6,0, Grodzieńska 8,2, Kijowska 4,4, Kowieńska 5,5, Mińska 5,0, Mohylewska 6,6, Podolska 7,0.

Ogólna liczba lekarzy w Państwie rosyjskiém według spisu za r. 1884. wykazala 16.700, w téj liczbie 388, którzy otrzymali stopień lekarza w r. 1883. Liczby téj jednakże nie można uważać za pewną, bo w spisie pomieszczono przez nieświadomość nazwiska lekarzy zmarłych od lat kilku.

Co się tyczy gub. zachodnich to liczby wszystkich lekarzy tam zamieszkałych określić nie podobna, podajemy tylko tych, którzy podlegają zarządom lekarsko gubernijalnym, wyjąwszy lekarzy wojskowych zmieniających często miejsce, i nienależących do stale zamieszkałych. Przedstawia się liczba tych lekarzy jak następuje: Gubernija Wileńska 90, Witebska 33, Wołyńska 40, Grodzieńska 63, Kijowska 68, Kowieńska 77, Mińska 46, Mohylewska 37, Podolska 38. — Ogółem 492.

Ogólna liczba felczerów w Rosyi wynosi 4.700, na gubernije zachodnie wypadnie może ze 200, ale policzywszy niedyplomowanych, którzy się tą profesyją trudnią, liczba o cztery razy się powiększy, tém bardziej, że do tej liczby trzeba wciągnąć dentystów, którym dozwolona praktyka daje możność do przekraczania zakresu swéj szczupłéj specyjalności.

Statystyka aptek i bliższe szczegóły o zawodzie aptekarskim w naszéj prowincyi będą przedmiotem następnego listu.

Jan Iłgowski.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,7. Z odry umarło 2, z płonicy 5, z błonicy 2, z róży 2. Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 6 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 1 róży. W tygodniu od 7—13 grudnia umarło z ospy w Londynie 45, świeżo zapadło 212, leczyło się w szpitalach 1103. W Genewie i Aleksandryi umarło z ospy po 1, w Paryżu i Warszawie po 2, w Petersburgu 3, w Pradze i Odesie po 4, w Wiedniu i Madrycie po 6. w Wenecyi 7, w Lizbonie 10. Odra panuje w Brukselli, Amsterdamie a szczególniéj w Kopenhadze, gdzie umarło 41 osób z odry. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Petersburgu i Lizbonie po 1, w Madrycie 4. Z cholery umarło w Paryżu 7. W Saragosie od 24—30 listopada 2, w Bombayu od 4—11 listopada 18, w Madrasie od 2—7 listopada 3, w Kalkucie od 25 października do 1 listopada 13.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,2; w Warszawie 29,4; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 21,4; w Pradze 29,6; w Berlinie 24,8; w Hamburgu 26,4; w Gdańsku 28,0; w Mnichowie 27,1; w Dreźnie 20,9; w Lipsku 23,4; w Bazylei 20,9; w Brukseli 30,7; w Amsterdamie 33,2; w Hadze 25,3; w Paryżu 25,2; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 37.0; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 22,7; w Petersburgu 26 2; w Odesie 27,0; w Rzymie 22,4; w Wenecyi 42,5; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 28,0; w Lizbonie 27,1; w Aleksandryi 37,3; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 20,3; w Bombayu 25,7; w Madrasie 36,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 stycznia. Aby pomimo nawału prac uczynić zadość wszelkim życzeniom szan. współpracowników, a przedewszystkiém życzeniu uprawnionemu, aby prace niedługo zalegały w tece redakcyjnéj, Komisyja redakcyjna Przeglądu Lek. zgodziła się w roku ubiegłym na wydanie $8\frac{1}{2}$ arkusza więcéj, aniżeli wydać była obowiązaną, a mimo tego znacznego wydatku redakcyja widziała się zmuszoną, w ostatnich zwłaszcza kilkunastu numerach, ograniczyć rubrykę sprawozdań i wyciągów, i zamknąć chwilowo kilka innych rubryk, jak Wiadomości pomniejszych, Kazuistyki i Felijetonu. Rozpoczynając rok nowy z obfitym zapasem prac i sprawozdań oryginalnych będziemy mieli do walczenia z podobnemi trudnościami; chcąc znaleźć szybkie pomieszczenie dla prac już nadeszłych i zapowiedzianych, a nie mogąc ciągle i znacznie przekraczać granic, które mamy sobie zakreślone, będziemy zmuszeni do jak największéj oszczędności pod względem miejsca, aby z uszczerbkiem dla pisma nie skazać na zagładę rubryk wyżéj wspomnionych. Udajemy się przeto do szan. kolegów Sprawozdawców i Sekretarzy Towarzystw z prośbą, aby w sprawozdaniach swych raczyli uwzględnić ten dotkliwy brak miejsca i z tego powodu ograniczali się do podawania treści ściśle naukowéj, pomijając szczegóły mniéj ważne lub nieobchodzące obszerniejszych kół lekarskich, lub téż redakcyję upoważnili do uskuteczniania tych zmian i skróceń, które uzna za nieodzownie potrzebne. Tuszymy sobie, że szan. koledzy nie wezmą nam za złe tego odezwania się i nie odmówią nam pomocy swéj w usilném staraniu naszém, aby nie zwiększając znacznie objętości podnieść jednak coraz więcéj wartość Przeglądu Lekarskiego.

* Celem uniknienia mimowolnego pominięcia sprawozdania z dzieł i rozpraw treści lekarskiéj, po polsku drukowanych, Komisyja sprawozdawcza do roczników medycyny Virchowa i Hirscha, uprasza pp. autorów i wydawców o nadsyłanie jednego egzemplarza nowych dzieł i rozpraw pod adresem Dra Leona Kopffa Kraków, Szczepańska, Nr. 1.

* W roku ubiegłym nauka i zawód lekarski doznały strat bolesnych. Po nad wszystkiemi góruje strata, którą nauka poniosła przez śmierć Cohnheima, chemików Dumasa, Wurtza i naszego Natansona, fizyjologów Vierordta i Witticha, dermatologów Wilsona i Zeissla, okulisty Jägera. Oprócz nich umarli: anatomowie Albrecht, Ercolani i Thomson, chemicy Zweiger i Kolbe, farmakolog Radius, chirurdzy Adelmann i Gross, pedyjatra Bokai, elektroterapeuta Brenner, psychijatrzy Freze i Neumann, higijeniści i lekarze sądowi Fauvel, Fonssagrives, Friedberg i Pelikan. Z lekarzy bardziéj znanych umarli: Fagge, Hausen, Frentzel, Vivenot, Kolisko, Massari, Roretz, Davila, Köstlin, Meissner, Horstmann, Meydell, Avé-Lallemant, Bruntzel. Chvostek, Lessing, Cohen, Bodinus. Z kolegów rodaków zmarli: Chamaides, Czulik, Danek, Fajans, Girdwoyn, Giwartowski, Glück, Józefczyk, Kaczkowski, Klimaszewski, Klink, Laskowski, Lebiedziński, Mühlhausen, Neuhauser, Rosenzweig, Schützer, bracia Steuermarkowie, Swiderski, Szerlecki, Towarnicki, Trommelschläger, Wersocki. Czesi stracili: Amerlinga, Jiruša i Kudyma. Cześć ich pamięci!

Wiedeń. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odbytém dnia 15 grudnia 1884 mówił docent Dr. Weichselbaum prosektor w szpitalu Rudolfa o etyjologii i anatomii patologicznéj chorób zakaźnych. Rzuciwszy treściwy pogląd historyczny na rozwój badań drobnowidowych nad pasorzytami ustroju ludzkiego, starał się wykazać, że chorób zakaźnych nie możemy umiejętnie pojmować ani ze stanowiska klinicznego, ani anatomicznego, lecz jedynie i wyłącznie ze stanowiska etyjologicznego. Choroby zakaźne wywołują grzybki, które dają się podzielić na dwie wielkie grupy: Dwoinki (*Spaltpilze*) i Pleśniawki (*Schimmelpilze*). Pierwsza grupa rozpada się znowu na 3 działy: *a*) mikrokoki, *b*) laseczniki i *c*) krętowłoski. Stosownie do tego rozróżniać wypada: *A*. Choroby zakaźne wywołane przez dwoinki a w szczególności *a*) przez mikrokoki: zapalenie płuc, róża i zapalenie tkanki podskórnéj, *b*) przez laseczniki: gruźlica, dur brzuszny, kiła, *c*) przez krętowłoski: dur powrotny, cholera. *B*. Choroby zakaźne wywołane przez pleśniawki, do których zaliczyć należy aktynomykozę i cały szereg chorób, które polegają na mnożeniu się grzybka zwanego *aspergillus*. W dalszym ciągu opisawszy zmiany anatomiczne niektórych chorób zakaźnych mówił prelegent o sposobach postępowania przy hodowaniu grzybków i zasłudze Kocha, który w żelatynie stałéj a przeźroczystéj podał środek do uzyskiwania niczém nie zanieczyszczonych kolonij grzybków pewnego rodzaju (*Reinculturen*), a więc nieoceniony sposób do ściśle umiejętnych spostrzeżeń. W końcu nadmienił W. o swych doświadczeniach robionych w ostatnich czasach nad lasecznikiem duru brzusznego wspólnie z docentem Heinem, prymaryjuszem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Rudolfa, który w Nrze 40 *Centralblatt für d. med. Wissenschaften*, 1884 podał krótką wiadomość o téj sprawie. Obaj badacze są tego przekonania, że wykazanie charakterystycznego lasecznika duru brzusznego we krwi dobytéj ze śledziony chorego strzykawką Pravaza będzie wkrótce cennym środkiem rozpoznawczym téj choroby. Wykazanie zaś to nie przedstawia już dziś żadnych trudności tak na drodze badania drobnowidowego (*methylviolett*), jak pod względem otrzymania nader charakterystycznych kolonij lasecznika w peptonowéj żelatynie (*Fleischwasser-Pepton-Gelatine*), któreto kolonije według Gaffkyego rozwijają się w 24 godzin po zaszczepieniu.

Dr. X. Y.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Charków.** Docenci prywatni Drowie Anrep, Dudukałów, Kowalewski i Sobbotin mianowani zostali proff. nadzw. — **Wiedeń.** Prof. Meynert otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — **Kijów.** Docent prywatny akad. lek. w Petersburgu Dr. Lösch mianowany został nadzw. prof. dyjagnostyki lekarskiéj. — **Kazań.** Docent prywatny Dr. Stuleński mianowany został prof. chirurgii operatywnéj. — **Petersburg** Dr. Woroncow mianowany został prof. adjunktem weterynaryi w akademii lekarskiéj. — **Grac.** Nadzw. prof. Dr. Ebner mianowany został zwyczajnym prof. histologii i embryjologii.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł w 80tym roku życia emeryt. lekarz jeneralny Dr. Grimm.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Rejchmana: Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim (dok.); Nenckiego: Projekt przepisów żywienia w szpitalach warszawskich (dok.).— W *Medycynie* Nr. 52: Dobrzyckiego: Uczczenie 25-letniéj pracy Hoyera; Auslandera: O masażu czyli mięsieniu jako metodzie leczniczéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Elektryczność i magnetyzm przez prof S. P. Thompsona, przekład J. J. Boguskiego. Warszawa, T. Paprocki i wsp. 1885, in 8vo str. 517 z 170 drzeworytami w tekscie.

Prof Dr. JURASZ: Seröse Perichondritis der Nasenscheidwand. (Odbitka z „D. med. Woch." 1884) in 8vo str. 4.

A. GEIER (Aus der ambul. Klinik des Prof. Jurasz in Heidelberg): Zur Wirkung des Cocainum muriat. auf die Schleimhaut des Gaumens, Rachens u. Kehlkopfes. (Odbitka z „Berl. klin. Woch." 1884), in 8vo str. 7.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 stycznia br. o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie administracyjne.

W Poniedziałek dnia 12 stycznia o godz. 6éj wieczór odbędzie się w sali posiedzeń Akademii Umiejętności ogólne IX Zgromadzenie Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na którém Zarząd Wydawnictwa zda sprawę z funduszów i czynności w r. 1884 dokonanych. Na Zgromadzenie to szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa uprzejmie zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński.*

*** Przed samém zamknięciem Numeru dowiadujemy się o śmierci Józefa Brodowicza, zaszłéj d. 1 b. m. po południu.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**

STARANIEM

Wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pakierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 75 c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopatologija Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) Dra Ż. Krówczyńskiego ze Lwowa. **Syfilidologija.** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 złr.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.